

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I
(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)**



TESIS DOCTORAL

Prevalencia de trastornos psicológicos en población española víctima de atentados terroristas

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Sara Gutiérrez Camacho

Directores

María Paz García Vera
Jesús Sanz Fernández

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I
(Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica)



TESIS DOCTORAL

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS
PSICOLÓGICOS EN POBLACIÓN ESPAÑOLA
VÍCTIMA DE ATENTADOS TERRORISTAS**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR

Sara Gutiérrez Camacho

Directores:

Dra. María Paz García Vera

Dr. Jesús Sanz Fernández

Madrid, 2015

© Sara Gutiérrez Camacho, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS
PSICOLÓGICOS EN POBLACIÓN ESPAÑOLA
VÍCTIMA DE ATENTADOS TERRORISTAS**



TESIS DOCTORAL

Autora:

Sara Gutiérrez Camacho

Directores:

Dra. María Paz García Vera

Dr. Jesús Sanz Fernández

Madrid, 2015

“No hay camino para la paz, la paz es el camino”
Mahatma Gandhi

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias a la gran ayuda de mis codirectores de tesis, María Paz García Vera y Jesús Sanz Fernández. Gracias por haberme ayudado a crecer tanto a nivel profesional, como personal.

A la Asociación de Víctimas de Terrorismo, la cual nos abrió sus puertas y depositó toda su confianza en nosotros, con la finalidad compartida de ayudar a aquellas personas que lo necesitasen. Gracias también por su lucha para la consecución de medidas políticas, sociales y judiciales, que han permitido mejorar la situación actual de las víctimas, porque esto no ha sido un avance sólo para las víctimas del terrorismo, sino también para toda la sociedad española. En especial quiero agradecer a María Ángeles Pedraza, Presidenta de la AVT, su entrega y fe incondicional en nuestro trabajo. También quisiera agradecer a la Asociación Plataforma de Apoyo a las Víctimas del Terrorismo (APAVT) y, en especial, a su Presidente, Miguel Folguera, el apoyo prestado.

La investigación empírica de la presente tesis doctoral ha sido en parte posible gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación, a través de la ayuda al proyecto de investigación con referencia PSI2011-26450, y al convenio de colaboración entre la Universidad Complutense de Madrid y la AVT (contratos de investigación de referencias 270-2012, 283-2013, 53-2014, 100-2014, 192-2014 y 40-2015), a través de la financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, enmarcado en su proyecto “Servicio de atención a las víctimas del terrorismo y sus familiares” (2012-2013-2014-2015). Agradezco también al Ministerio de Ciencia e Innovación la beca predoctoral FPI que me fue concedida y gracias a la cual he podido realizar esta tesis doctoral.

A todos mis compañeros del equipo de investigación con los que ha sido un placer trabajar y con los cuales he compartido muchas horas en este viaje. Sin vuestra entrega y el apoyo mutuo prestado no hubiese sido posible realizar este proyecto.

A toda mi familia, mis padres, mi hermano, mi abuelo, mis tíos y mis primos; por su confianza depositada en mí, por su apoyo incondicional, y por compartir conmigo la alegría de cada logro.

A mis amigos por entender mi dedicación a este proyecto, sin dejar de estar presentes en mi vida. Los momentos de respiro con vosotros y vuestro apoyo también han sido una fuente de aliento en el camino.

Por último, y no por ello menos importante, el agradecimiento más efusivo quiero dárselo a las víctimas del terrorismo que han participado en este proyecto, porque sin su entrega y confianza no hubiese sido posible realizar este trabajo. Gracias de todo corazón.

ÍNDICE

<u>Abstract</u>	XXIII
-----------------------	-------

<u>Resumen</u>	XXVII
----------------------	-------

PARTE TEÓRICA

<u>Capítulo 1: El terrorismo como un problema mundial</u>	03
1.1. Definición y delimitación conceptual del término terrorismo	05
1.2. Formas de implementar el terrorismo	07
1.3. El terrorismo a nivel mundial	08

<u>Capítulo 2: El terrorismo en España</u>	15
2.1. Grupos terroristas en España	17
2.2. El terrorismo de ETA	18
2.2.1. Evolución temporal del terrorismo de ETA	19
2.3. El terrorismo islamista en España	32
2.4. La lucha contra el terrorismo en España	32
2.5. La atención y reconocimiento a las víctimas en España	35

<u>Capítulo 3: Consecuencias psicopatológicas del terrorismo y otros desastres o catástrofes</u>	41
3.1. El terrorismo como desastre o catástrofe	43
3.2. Comparativa entre las consecuencias psicopatológicas de los distintos tipos de desastre o catástrofe	47
3.3. Factores relacionados con las consecuencias psicopatológicas de desastres o catástrofes	48
3.3.1. Factores de riesgo y de protección previos al desastre o catástrofe	48
3.3.2. Factores de riesgo y de protección relacionados con las características del desastre o catástrofe	54
3.3.3. Factores de riesgo y protección tras el desastre o catástrofe	58
3.3.4. Combinación de distintos factores de riesgo y de protección	60
3.3.5. Tendencia longitudinal de las de consecuencias psicopatológicas de desastres o catástrofes	60

Capítulo 4: Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas 61

4.1. Prevalencia de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas 63

4.1.1. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas 66

4.1.2. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas 75

4.1.3. Prevalencia del trastorno de angustia en víctimas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas 82

4.1.4. Prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia en víctimas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas 88

4.1.5. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas 90

4.2. Prevalencia de trastornos psicológicos en víctimas de terrorismo basada en instrumentos de cribado 93

4.2.1. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas basada en instrumentos de cribado 94

4.2.2. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas de atentados terroristas basada en instrumentos de cribado 98

4.2.3. Prevalencia del trastorno de angustia en víctimas de atentados terroristas basada en instrumentos de cribado 101

4.2.4. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas de atentados terroristas basada en instrumentos de cribado 102

4.2.5. Comparación de las prevalencias de trastornos psicológicos en víctimas de terrorismo basadas en entrevistas diagnósticas con las basadas en instrumentos de cribado 104

4.3. Prevalencia de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados 108

4.4. Prevalencia de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de los criterios diagnósticos: Implicaciones del DSM 5 109

4.5. Conclusiones respecto a la prevalencia trastornos psicológicos derivados de atentados terroristas 115

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 5: Objetivos e hipótesis 207

5.1. Objetivos del estudio empírico 209

5.2. Hipótesis planteadas 209

5.3. Relevancia del estudio empírico 210

<u>Capítulo 6: Método</u>	213
6.1. Participantes	215
6.2. Diseño	230
6.3. Instrumentos	232
6.4. Medidas	237
6.5. Procedimiento	239
6.6. Análisis estadísticos	242
<u>Capítulo 7: Resultados</u>	245
7.1. Análisis comparativos entre las víctimas de atentados terroristas que realizaron las entrevistas de cribado o diagnóstica y las que no las realizaron	247
7.2. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas ...	253
7.3. Influencia del sexo, la edad, el tipo de víctima, el tipo de atentado y el tiempo transcurrido desde el atentado sobre la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas	258
7.4. Influencia del sexo, la edad, el tipo de víctima, el tipo de atentado y el tiempo transcurrido desde el atentado sobre la prevalencia vital de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas	271
7.5. Variables relacionadas con la prevalencia puntual y vital de los trastornos psicológicos en las víctimas de atentados terroristas	287
7.6. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de su sexo	287
7.7. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tipo de víctima	294
7.8. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de su edad	300
7.9. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tipo de atentado	314
7.10. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados	318
<u>Capítulo 8: Discusión</u>	327
8.1. Prevalencia de los trastornos psicológicos en las víctimas de atentados terroristas	329
8.2. Prevalencia de los distintos trastornos psicológicos en función del tipo de víctima, el sexo, la edad, el tiempo transcurrido desde los atentados y el tipo de atentado	337
8.4. Limitaciones del estudio y futuras investigaciones	342
<u>Capítulo 9: Conclusiones generales</u>	345
<u>Bibliografía</u>	351

<u>ANEXOS</u>	373
<u>Anexo 1: Entrevista de cribado</u>	375
<u>Anexo 2: Consentimiento informado (entrevista diagnóstica)</u>	411
<u>Anexo 3: Entrevista semiestructurada: Visión general del atentado (entrevista diagnóstica)</u>	415

ÍNDICE DE LAS TABLAS

<u>Capítulo 1: El terrorismo como un problema mundial</u>	03
Tabla 1.1. Número de atentados terroristas a nivel mundial en 2005-2013 (adaptado de García-Vera <i>et al.</i> , 2015, p. 217)	09
Tabla 1.2. Número de fallecidos a causa de atentados terroristas en 2005-2013 a nivel mundial y por áreas geográficas (adaptado de García-Vera <i>et al.</i> , 2015, p. 217)	10
Tabla 1.3. Número de heridos a causa de atentados terroristas en 2005-2013 a nivel mundial y por áreas geográficas (adaptado de García-Vera <i>et al.</i> , 2015, p. 217)	11
Tabla 1.4. Número de secuestrados en atentados terroristas en 2005-2013 a nivel mundial y por áreas geográficas (adaptado de García-Vera <i>et al.</i> , 2015, pp. 217-218)	12
Tabla 1.5. Países con más atentados terroristas en 2012 y 2013 (adaptado de START, 2013, 2014).....	13
Tabla 1.6. Atentados terroristas con 10 o más fallecidos durante el período 2005-2011 (adaptado de NCTC, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012a, 2012b)	14
 <u>Capítulo 2: El terrorismo en España</u>	15
Tabla 2.1. Víctimas mortales del terrorismo en España (datos extraídos de la página web del Ministerio del Interior, 2013a)	18
Tabla 2.2. Número de miembros o colaboradores de ETA detenidos por año, desde 2000 a 2014 (datos extraídos de la página web del Ministerio de Interior, 2015)	34
Tabla 2.3. Número de terroristas o colaboradores yihadistas detenidos en España por año, desde los atentados del 11-M en 2004 a 2014 (datos extraídos de la página web del Ministerio de Interior, 2015)	35
 <u>Capítulo 3: Consecuencias psicopatológicas del terrorismo y otros desastres o catástrofes</u>	41
Tabla 3.1. Factores de riesgo para problemas de salud mental tras la vivencia de un desastre (tomado de Norris, Friedman y Watson, 2002)	49
 <u>Capítulo 4: Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas</u>	61
Tabla 4.1. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático según el tipo de víctima (adaptado de DiMaggio y Galea, 2006)	70
Tabla 4.2. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático según el tiempo transcurrido tras los atentados (adaptado de DiMaggio y Galea, 2006)	70
Tabla 4.3. Prevalencia de trastorno por estrés postraumático en víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	119

Tabla 4.4. Prevalencia de trastorno por estrés postraumático en víctimas directas de atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	121
Tabla 4.5. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en familiares y amigos de víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	122
Tabla 4.6. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en intervinientes en atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas.....	123
Tabla 4.7. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en intervinientes en atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	124
Tabla 4.8. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población general durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	125
Tabla 4.9. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población general más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	128
Tabla 4.10. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, basada en entrevistas diagnósticas. Tabla resumen	129
Tabla 4.11. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	130
Tabla 4.12. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas de atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	131
Tabla 4.13. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en familiares y amigos de víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	131
Tabla 4.14. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en intervinientes en atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	132
Tabla 4.15. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en intervinientes en atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	133
Tabla 4.16. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en población general durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	134
Tabla 4.17. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en población general más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	136
Tabla 4.18. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas. Tabla resumen	137
Tabla 4.19. Prevalencia del trastorno de angustia en víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	138
Tabla 4.20. Prevalencia del trastorno de angustia en familiares y amigos de víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	139

Tabla 4.21. Prevalencia del trastorno de angustia en intervinientes en atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	140
Tabla 4.22. Prevalencia del trastorno de angustia en intervinientes en atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	141
Tabla 4.23. Prevalencia del trastorno de angustia en población general tras atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	142
Tabla 4.24. Prevalencia del trastorno de angustia en población general más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	144
Tabla 4.25. Prevalencia del trastorno de angustia en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, basada en entrevistas diagnósticas. Tabla resumen	144
Tabla 4.26. Prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia en víctimas directas, intervinientes y población general durante el primer año tras atentados terroristas, basada en entrevistas diagnósticas	145
Tabla 4.27. Prevalencia de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, basada en entrevistas diagnósticas. Tabla resumen	146
Tabla 4.28. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	147
Tabla 4.29. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en intervinientes de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	148
Tabla 4.30. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en intervinientes en atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas	149
Tabla 4.31. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en población general durante el primer año tras los atentados basada en entrevistas diagnósticas	149
Tabla 4.32. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas. Tabla resumen	150
Tabla 4.33. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado	151
Tabla 4.34. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas directas de atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado	154
Tabla 4.35. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en familiares y amigos de víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado	156
Tabla 4.36. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en intervinientes en atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado	157

Tabla 4.37. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en intervinientes en atentados terroristas más de un año después de los atentados, basada en instrumentos de cribado	158
Tabla 4.38. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población general durante el primer año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado	161
Tabla 4.39. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población general más de un año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado.....	165
Tabla 4.40. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, basada en instrumentos de cribado. Tabla resumen	168
Tabla 4.41. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado	169
Tabla 4.42. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas de atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado	170
Tabla 4.43. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en intervinientes en atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado	171
Tabla 4.44. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en población general durante el primer año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado	172
Tabla 4.45. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en población general más de un año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado	172
Tabla 4.46 Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, basada en instrumentos de cribado. Tabla resumen	173
Tabla 4.47. Prevalencia del trastorno de angustia en intervinientes en atentados terroristas y población general tras atentados terroristas, basada en instrumentos de cribado	174
Tabla 4.48. Prevalencia del trastorno de angustia en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas basada en instrumentos de cribado. Tabla resumen	175
Tabla 4.49. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas directas de atentados terroristas, intervinientes en atentados terroristas y población general tras atentados terroristas, basada en instrumentos de cribado	176
Tabla 4.50. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, basada en instrumentos de cribado. Tabla resumen	177
Tabla 4.51. Comparativa entre las prevalencias del trastorno por estrés postraumático basadas en entrevistas diagnósticas y las basadas en instrumentos de cribado	178
Tabla 4.52. Comparativa entre las prevalencias del trastorno depresivo mayor basadas en entrevistas diagnósticas y las basadas en instrumentos de cribado	181
Tabla 4.53. Comparativa entre las prevalencias del trastorno de angustia basadas en entrevistas diagnósticas y las basadas en instrumentos de cribado	184
Tabla 4.54. Comparativa entre las prevalencias de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia basadas en entrevistas diagnósticas y las basadas en instrumentos de cribado	186

Tabla 4.55. Comparativa entre las prevalencias del trastorno de ansiedad generalizada basadas en entrevistas diagnósticas y las basadas en instrumentos de cribado	188
Tabla 4.56. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en función del tiempo transcurrido tras el atentado	190
Tabla 4.57. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en función del tiempo transcurrido tras el atentado	191
Tabla 4.58. Prevalencia del trastorno de angustia en función del tiempo transcurrido tras el atentado	192
Tabla 4.59. Prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia en función del tiempo transcurrido tras el atentado	192
Tabla 4.60. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en función del tiempo transcurrido tras el atentado	193
Tabla 4.61. Tabla resumen sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados	194
Tabla 4.62. Estudios en los que se han utilizado los distintos criterios diagnósticos ..	195
Tabla 4.63. Prevalencias del trastorno por estrés postraumático según los criterios diagnósticos utilizados	196
Tabla 4.64. Prevalencias del trastorno depresivo mayor según los criterios diagnósticos utilizados	196
Tabla 4.65. Prevalencias del trastorno de angustia según los criterios diagnósticos utilizados	197
Tabla 4.66. Prevalencias de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia según los criterios diagnósticos utilizados	197
Tabla 4.67. Prevalencias del trastorno de ansiedad generalizada según los criterios diagnósticos utilizados	198
Tabla 4.68. Comparación entre los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático (TEPT) del DSM-IV-TR y los del DSM-5	199
Tabla 4.69. Comparación entre los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor del DSM-IV-TR y los del DSM-5	202

Capítulo 5: Objetivos e hipótesis 207

Capítulo 6: Método 213

Tabla 6.1. Distribución por grado de afectación o tipo de víctima de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio	220
Tabla 6.2. Frecuencia de las diferentes combinaciones de condiciones de afectación o tipo de víctima entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio	220
Tabla 6.3. Frecuencia de distintos grupos de edad entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio	221
Tabla 6.4. Estado civil de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio	221

Tabla 6.5. Nivel de estudios de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio	222
Tabla 6.6. Ocupación de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio	223
Tabla 6.7. Distribución por grado de afectación o tipo de víctima de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio	225
Tabla 6.8. Frecuencia de las diferentes combinaciones de condiciones de afectación o tipo de víctima entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio	226
Tabla 6.9. Frecuencia de los distintos grupos de edad entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio	227
Tabla 6.10. Estado civil de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio	227
Tabla 6.11. Nivel de estudios de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio	228
Tabla 6.12. Ocupación de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio	229

Capítulo 7: Resultados 245

Tabla 7.1. Resultados de las tablas de contingencia y las pruebas de chi-cuadrado realizadas para comparar en variables demográficas y relacionadas con el atentado terrorista a las víctimas que realizaron y no realizaron la entrevista de cribado	248
Tabla 7.2. Medias en variables demográficas y relacionadas con el atentado terrorista de las víctimas que realizaron y no realizaron la entrevista de cribado y comparación de las mismas mediante la prueba <i>t</i> de Student	249
Tabla 7.3. Resultados de las tablas de contingencia y las pruebas de chi-cuadrado realizadas para comparar en variables demográficas, psicopatológicas y relacionadas con el atentado terrorista a las víctimas que realizaron y no realizaron la entrevista diagnóstica	250
Tabla 7.4. Medias en variables demográficas, psicopatológicas y relacionadas con el atentado terrorista de las víctimas que realizaron y no realizaron la entrevista diagnóstica y comparación de las mismas mediante la prueba <i>t</i> de Student.....	252
Tabla 7.5. Prevalencia puntual de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y adaptativos en la muestra de víctimas que realizó la entrevista diagnóstica psicopatológica	254
Tabla 7.6. Prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos en la muestra de víctimas que realizó la entrevista diagnóstica psicopatológica	255
Tabla 7.7. Prevalencia vital de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y adaptativos en la muestra de víctimas que realizó la entrevista diagnóstica psicopatológica	257
Tabla 7.8. Prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos en la muestra de víctimas que realizó la entrevista diagnóstica psicopatológica	258

Tabla 7.9. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor	260
Tabla 7.10. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual del trastorno de angustia (con o sin agorafobia)	261
Tabla 7.11. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual del trastorno por estrés postraumático (TEPT).....	262
Tabla 7.12. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de la fobia social	263
Tabla 7.13. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de la fobia específica	264
Tabla 7.14. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual del trastorno de ansiedad generalizada	264
Tabla 7.15. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de cualquier trastorno del estado de ánimo	266
Tabla 7.16. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de cualquier trastorno depresivo grave (trastorno depresivo mayor y trastorno distímico)	267
Tabla 7.17. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de cualquier trastorno de ansiedad	268
Tabla 7.18. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de cualquier trastorno de ansiedad distinto del trastorno por estrés postraumático (TEPT)	269
Tabla 7.19. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de cualquier trastorno psicológico	271
Tabla 7.20. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del trastorno depresivo mayor	272
Tabla 7.21. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del trastorno de angustia (con o sin agorafobia)	274
Tabla 7.22. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del trastorno obsesivo-compulsivo	275
Tabla 7.23. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del trastorno por estrés postraumático (TEPT)	276
Tabla 7.24. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia	277
Tabla 7.25. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de la fobia social	278
Tabla 7.26. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de la fobia específica	279
Tabla 7.27. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del trastorno de ansiedad generalizada	280
Tabla 7.28. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de cualquier trastorno del estado de ánimo	281

Tabla 7.29. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de cualquier trastorno depresivo grave (trastorno depresivo mayor o trastorno distímico).....	282
Tabla 7.30. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de cualquier trastorno de ansiedad	284
Tabla 7.31. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de cualquier trastorno de ansiedad distinto del trastorno por estrés postraumático (TEPT).....	285
Tabla 7.32. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de cualquier trastorno psicológico	286
Tabla 7.33. Covariables estadísticamente significativas en los análisis de regresión logística binaria realizados sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos	288
Tabla 7.34. Prevalencia puntual de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según su sexo	289
Tabla 7.35. Prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según su sexo	290
Tabla 7.36. Prevalencia vital de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según su sexo	292
Tabla 7.37. Prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según su sexo	293
Tabla 7.38. Prevalencia puntual de los trastornos psicológicos según el tipo de víctima de atentado terrorista	296
Tabla 7.39. Prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos según el tipo de víctima de atentado terrorista	298
Tabla 7.40. Prevalencia vital de los trastornos psicológicos según el tipo de víctima de atentado terrorista	301
Tabla 7.41. Prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos según el tipo de víctima de atentado terrorista	303
Tabla 7.42. Prevalencia puntual de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de su edad	306
Tabla 7.43. Prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de su edad	308
Tabla 7.44. Prevalencia vital de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de su edad	311
Tabla 7.45. Prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de su edad	313
Tabla 7.46. Prevalencia puntual de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tipo de atentado	314
Tabla 7.47. Prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según el tipo de atentado	316
Tabla 7.48. Prevalencia vital de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según el tipo de atentado	317

Tabla 7.49. Prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según el tipo de atentado	318
Tabla 7.50. Prevalencia puntual de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados	320
Tabla 7.51. Prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados	322
Tabla 7.52. Prevalencia vital de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados	323
Tabla 7.53. Prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados	325
<u>Capítulo 8: Discusión</u>	327
Tabla 8.1. Comparación de la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en las víctimas de terrorismo del presente estudio con la encontrada en la literatura científica con entrevistas o criterios diagnósticos	331
Tabla 8.2. Comparación de la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en víctimas del terrorismo en España y en la población general española	333
Tabla 8.3. Comparación de las prevalencias puntuales y vitales de los grupos de trastornos evaluados según el sexo tanto en la muestra de víctimas evaluada en el presente estudio como en la muestra de población normal evaluada por Haro <i>et al.</i> (2006)	340
Tabla 8.4. Comparación de las prevalencias puntuales y vitales de los grupos de trastornos evaluados según el grupo de edad tanto en la muestra de víctimas evaluada en el presente estudio como en la muestra de población normal evaluada por Haro <i>et al.</i> (2006).....	341
<u>Capítulo 9: Conclusiones generales</u>	345

ÍNDICE DE LAS FIGURAS

<u>Capítulo 1: El terrorismo como un problema mundial</u>	03
<u>Capítulo 2: El terrorismo en España</u>	15
Gráfico 2.1. Evolución temporal de las víctimas mortales por atentados cometidos por la organización terrorista ETA en función de las etapas políticas de la historia de España y de la etapas de letalidad de ETA propuestas por Sánchez-Cuenca (2009b) (datos extraídos de la página web del Ministerio de Interior, 2013b, y actualizados a la fecha del último atentado mortal de la organización terrorista, 16 de marzo de 2010)	20
<u>Capítulo 3: Consecuencias psicopatológicas del terrorismo y otros desastres o catástrofes</u>	41
Figura 3. 1. Grados de exposición al desastre	54
<u>Capítulo 4: Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas</u>	61
Cuadro 4.1. Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	67
Cuadro 4.2. Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés agudo según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	69
Cuadro 4.3. Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	76
Cuadro 4.4. Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, episodio único, según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	77
Cuadro 4.5. Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor recidivante según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	78
Cuadro 4.6. Criterios diagnósticos para la crisis de angustia según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	82
Cuadro 4.7. Criterios diagnósticos para la agorafobia según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	83
Cuadro 4.8. Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia sin agorafobia según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	84
Cuadro 4.9. Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia con agorafobia según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	85
Cuadro 4.10. Criterios diagnósticos para la agorafobia sin historia de trastorno de angustia según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	88
Cuadro 4.11. Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV-TR (APA, 2002)	91
<u>Capítulo 5: Objetivos e hipótesis</u>	207

<u>Capítulo 6: Método</u>	213
Figura 6.1. Diagrama de flujo de participantes en este estudio	218
Figura 6.2. Distribución por comunidades autónomas de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio)	219
Figura 6.3. Frecuencia de hombres y mujeres entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio	220
Figura 6.4. Distribución por comunidades autónomas de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio)	225
Figura 6.5. Frecuencia de hombres y mujeres entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio	226
 <u>Capítulo 7: Resultados</u>	245
 <u>Capítulo 8: Discusión</u>	327
 <u>Capítulo 9: Conclusiones generales</u>	345

ABSTRACT

1. Introduction

Terrorism is one of the most serious problems worldwide, because of the high number of victims that it leaves each year, and its impact worldwide. Spain, far away from being an exception, has suffered terrorist attacks continuously for decades.

Analyzing the scientific literature about psychopathological consequences of terrorist attacks, we can see that the most researched disorder has been posttraumatic stress disorder (PTSD), but major depressive disorder, panic disorder, agoraphobia and generalized anxiety disorder have been less researched. In addition, nearly all previous research has focused on psychopathological consequences of terrorist attacks at short-, mid- or long-term, but not at very long term, that is, 10, 20 or 30 years after terrorist attacks. Moreover, most studies are based on assessments made with screening instruments, which are less reliable for diagnosis than the assessments made with structured clinical diagnostic interviews, and they have focused on direct victims, but not on relatives of direct victims.

2. Objectives and hypothesis

The main objectives of this research were to estimate the prevalence of PTSD, mood disorders, other anxiety disorders distinct from PTSD and adjustment disorders (according to *DSM-IV*) at very long-term in victims of terrorism and to analyzing the influence of several factors (type of victim, gender, age, type of terrorist attack, time elapsed since the terrorist attacks) on the prevalence of mental disorders. The following hypotheses were raised: 1) the percentages of terrorism victims with PTSD, depressive disorders or anxiety disorders will be high; 2) the most prevalent disorder will be PTSD; 3) direct victims will show more mental disorders than relatives of direct victims; 4) female victims will show more mental disorders than male victims, and 5) the young victims will present more mental disorders than elder victims.

3. Method

The Association of Victims of Terrorism (AVT) assisted in obtaining a sample of 507 adult victims who were members of the AVT or other regional victim associations. Participants were assessed with the Clinical Version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I-VC). They had been injured in a terrorist attack (34.7%) or they were direct relatives (parents, spouses or children) of someone who has died in a terrorist attack (32.5%) or were direct relatives of someone who had been injured in a terrorist attack (25.4%), although some of participants had several of those conditions (7.3%). Terrorist attacks had occurred between 6 and 39 years ago, with a mean of 21.5 years. Point and lifetime prevalences of each mental disorders were calculated, and binary logistic regression analyses were conducted to analyze the influence of sex, age, type of victim (direct victim, relative of deceased, and relative of injured), type of terrorist attack (massive versus not massive) and the time elapsed since the terrorist attacks on mental disorder prevalences.

4. Results

After an average of 21.5 years since the terrorist attacks, 50.3% of victims showed a mental disorder. The most prevalent mental disorder was PTSD (26.8%), followed by major depressive disorder (17.9%), specific phobia (15%), panic disorder (13.4%), and generalized anxiety disorder (11.8%). In general, anxiety disorders were more prevalent (44.8%) than mood disorder (23.9%). These prevalence rates are much higher than those found in the general population (Haro *et al.*, 2006).

The binary logistic regression analyses revealed that the time elapsed since the attack had no significant effect on the prevalence of mental disorders, but they had the following factors: type of victim, gender, age, and type of terrorist attack.

In general, there were higher prevalence of mental disorders in direct victims than in relatives, and in relatives of deceased than in relatives of injured. Being a direct victim may be considered a risk factor for major depressive disorder, panic disorder and PTSD, as well as for mood disorder and anxiety disorders in general. The fact of being a relative

of a deceased victim would also have a significant influence on the presence of any psychological disorder or any anxiety disorders.

There are also differences in point and lifetime prevalences based on gender and age. Female victims, in comparison to male victims, were more likely to suffer a psychological disorder, particularly major depressive disorder, panic disorder or PTSD. In general, older victims were less likely to have a psychological disorder than younger victims, especially anxiety disorders and, in particular, panic disorder and PTSD.

5. Conclusions

As with other traumatic situations, after a terrorist attack, a great variety of diagnosable mental disorders may emerge, and they may persist even at very long term, that is, even after a mean of 21.5 years since the terrorist attacks occurred. At long term and very long term, PTSD and major depressive disorder are the most frequent mental disorders among terrorism victims, but other anxiety disorders distinct from PTSD (panic, generalized anxiety disorder, specific phobias, agoraphobia) may also persist. Even after a mean of 21.5 years since the terrorist attacks occurred, it seems that the percentages of terrorism victims with PTSD, depressive disorders or other anxiety disorders distinct from PTSD are higher than the prevalence of such disorders in the general population. Injured victims, relatives of deceased, female victims and young victims are victims groups most at risk of suffering a psychological disorder after a terrorist attack and may need psychological follow-ups and assistance at short and medium term, but also at long and very long term.

RESUMEN

1. Introducción

El terrorismo es uno de los problemas más graves a nivel mundial, tanto por el elevado número de afectados que deja cada año, como por su incidencia a nivel mundial. España, lejos de ser una excepción, ha sufrido atentados terroristas de forma continuada durante décadas.

Al analizar la literatura científica sobre consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas, se puede observar que el trastorno mental más investigado ha sido el trastorno por estrés postraumático (TEPT), habiendo sido menos investigados el trastorno depresivo mayor, el trastorno de angustia, la agorafobia sin historia de angustia y el trastorno de ansiedad generalizada. Además, la mayoría de la investigación previa se ha centrado en las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas a corto, medio o largo plazo, pero no a muy largo plazo, es decir, 10, 20 o 30 años después de que los atentados terroristas hubiesen ocurrido. Es más, la mayoría de los estudios han utilizado instrumentos de cribado (*screening*) para evaluar la posible presencia de trastornos psicológicos, pero estos instrumentos son menos fiables y válidos para realizar un diagnóstico que las evaluaciones basadas en entrevistas clínicas diagnósticas estructuradas; por otro lado, la mayoría de los estudios se han centrado en las víctimas directas, los intervinientes y la población general afectada, pero casi ninguna ha evaluado las consecuencias psicopatológicas en familiares cercanos de las víctimas directas.

2. Objetivos e hipótesis

Los objetivos principales de esta investigación eran estimar la prevalencia a muy largo plazo del TEPT, de los trastornos del estado de ánimo, de otros trastornos de ansiedad distintos de TEPT y de los trastornos adaptativos (según criterios *DSM-IV*) en víctimas del terrorismo y analizar la influencia de varios factores (tipo de víctima, sexo, edad, tipo de atentado terrorista, tiempo transcurrido desde el atentado terrorista) sobre la prevalencia de los trastornos mentales. Se plantearon las siguientes hipótesis: 1) las víctimas de atentados terroristas continuarán presentando prevalencias importantes de TEPT, trastorno depresivos y trastornos de ansiedad; 2) el trastorno más prevalente será el TEPT; 3) las víctimas directas presentarán más trastornos psicológicos que los familiares

tanto de fallecidos como de heridos o ilesos; 4) las víctimas mujeres presentarán más trastornos psicológicos que las víctimas varones, y 5) las víctimas más jóvenes presentarán más trastornos mentales que las víctimas más mayores.

3. Método

La Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT) colaboró en la obtención de una muestra de 507 víctimas adultas que eran miembros de la AVT o de asociaciones regionales de víctimas del terrorismo. Todas las víctimas fueron evaluadas con la versión clínica de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I-VC). La mayoría de las víctimas eran víctimas directas que habían sido heridas en un atentado (34,7%), siendo un porcentaje similar el de familiares de fallecidos (32,5%) y un poco menor el de familiares de heridos o ilesos (25,4%), aunque algunas víctimas combinaban varias de esas condiciones (7,3%). Los atentados terroristas habían ocurrido entre 6 y 39 años antes de que las víctimas fueran evaluadas, siendo la media de 21,5 años. Se calcularon las prevalencias puntuales y vitales de cada uno de los trastornos mentales y se realizaron análisis de regresión logística binaria para comprobar la influencia sobre esas prevalencias del tipo de víctimas (víctima directa, familiar de fallecido y familiar de herido o ileso), el sexo, la edad, el tiempo transcurrido desde los atentados y el tipo de atentado (masivo frente o no masivo).

4. Resultados

Después de una media de 21,5 años desde los atentados terroristas, un 50,3% de las víctimas presentaban un trastorno mental. El trastorno más prevalente fue el TEPT (26,8%), seguido por el trastorno depresivo mayor (17,9%), la fobia específica (15%), el trastorno de angustia (13,4%) y el trastorno de ansiedad generalizada (11,8%). En general, los trastornos de ansiedad (44,8%) fueron más prevalentes que los trastornos del estado de ánimo (23,9%). Estas prevalencias fueron mucho mayores que las encontradas en la población general española (Haro *et al.*, 2006).

Los análisis de regresión logística binaria revelaron que el tiempo transcurrido desde los atentados no tenía un efecto significativo sobre la prevalencia de los trastornos mentales, pero sí lo tenían el tipo de víctima, el sexo, la edad y el tipo de atentado terrorista.

También se encontraron diferencias en las prevalencias puntuales y vitales de los trastornos mentales en función del sexo de las víctimas. Las víctimas mujeres, en comparación a las víctimas varones, tenían mayor probabilidad de padecer actualmente y de haber padecido en algún momento de su vida un trastorno psicológico, particularmente, un trastorno depresivo mayor, un trastorno de angustia o un TEPT. En general, las víctimas de más edad tenían una menor probabilidad de padecer actualmente un trastorno psicológico que las víctimas de menos edad, especialmente trastornos de ansiedad y, en particular, el trastorno de angustia y el TEPT.

5. Conclusiones

Como ocurre con otras situaciones traumáticas, después de un atentado terrorista puede aparecer una gran variedad de trastornos mentales diagnosticables y estos trastornos pueden persistir incluso a muy largo plazo, es decir, incluso tras una media de 21,5 años desde que los atentados terroristas ocurrieron. A largo y muy largo plazo, el TEPT y el trastorno depresivo mayor son los trastornos mentales más frecuentes entre las víctimas del terrorismo, pero otros trastornos de ansiedad distintos del TEPT pueden también persistir (trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, agorafobia). Incluso después de una media de 21,5 años desde que los atentados terroristas hubiesen ocurrido, los porcentajes de víctimas del terrorismo con TEPT, trastornos depresivos u otros trastornos de ansiedad distintos de TEPT son mucho más altos que la prevalencia de esos trastornos en la población general. Las víctimas heridas, los familiares de fallecidos, las mujeres y las personas jóvenes son grupos de víctimas con mayor riesgo de sufrir un trastorno psicológico tras un atentado terrorista y precisan, por tanto, una mayor atención o un mayor seguimiento psicológico a corto y medio plazo, pero también a largo y muy largo plazo.

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1

El terrorismo como un problema mundial

1.1. Definición y delimitación conceptual del término terrorismo

Para tratar de comprender el concepto de terrorismo, se llevará a cabo inicialmente un análisis etimológico del término. La palabra “terrorismo” tiene su origen en la palabra “terror” que a su vez procede del latín *terror*, *-ōris*, derivado del verbo *terrēre*, que tendría el significado de “espantar”, “aterrar”, “provocar temblor”, “causar terror”, es decir, “producir un miedo intenso” (Corominas y Pascual, 1983, p. 473; Soca, 2014).

El término “terrorismo” (*terrorisme* en francés) fue acuñado por primera vez durante la Revolución Francesa y hacía referencia al período denominado “Reinado del terror” (1793-1794), durante el cual el Gobierno de los jacobinos, liderado por Robespierre, utilizó la fuerza coactiva del terror como método de defensa nacional y revolucionaria, lo cual sería un ejemplo de lo que posteriormente se denominó “terrorismo de estado” (Soca, 2014).

Desde entonces, el término ha evolucionado, pero no se ha llegado a una definición consensuada, puesto que los investigadores y las instituciones gubernamentales y políticas de las distintas regiones del mundo no han conseguido llegar a un acuerdo sobre lo que debe considerarse terrorismo. Por este motivo, y por las enormes diferencias en cuanto a las formas de ejercer el terrorismo en los distintos países del mundo, es un objeto de estudio bastante complejo.

La Real Academia Española define el terrorismo, en la 23ª edición de su “Diccionario de la lengua española”, como “dominación por el terror”, como “sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror” y como “actuación criminal de bandas organizadas, que, reiteradamente y por lo común de modo indiscriminado, pretende crear alarma social con fines políticos” (Real Academia Española, 2015), mientras que el *National Counterterrorism Center* (NCTC) de los Estados Unidos de América lo define como “violencia premeditada y llevada a cabo con una motivación política contra objetivos no combatientes por grupos subnacionales o agentes clandestinos” (*«terrorism is “premeditated, politically motivated violence perpetrated*

against non-combatant targets by subnational groups or clandestine agents.”»; NCTC, 2012, p. V).

Es importante señalar además que el término terrorismo ha venido siendo utilizado para nombrar conceptos muy diferentes, lo cual puede llevar a confusión. Algunos ejemplos de ello serían los siguientes:

- El “narcoterrorismo”, en el cual se utilizarían acciones terroristas en beneficio del narcotráfico. Un ejemplo serían los cárteles de la droga mexicanos.
- El “terrorismo callejero o de baja intensidad”, el cual consistiría en una forma de protesta o agitación social que incluiría actos como la destrucción de mobiliario urbano o la quema de coches.
- El “terrorismo de estado” o “terrorismo institucionalizado”, el cual sería ejercido desde el propio Estado hacia la población. Un ejemplo sería la dictadura de Augusto Pinochet en Chile.
- El “terrorismo doméstico”, término que es utilizado en ocasiones para hablar de la violencia doméstica.
- El “ecoterrorismo”, que sería la defensa de causas ecologistas por medio de métodos terroristas.
- El término anterior no debe confundirse con los términos “terrorismo ecológico” o “terrorismo ambiental”, puesto que serían términos prácticamente opuestos, ya que en este caso se trataría de un ataque hacia el medioambiente.
- El “terrorismo empresarial”, que haría alusión a la violencia ejercida por las empresas contra los trabajadores.
- El “terrorismo nuclear”, que se refiere al uso de armas nucleares o radiológicas, a la amenaza del uso de las mismas o a los ataques terroristas contra infraestructuras donde se almacene este tipo de material.
- El “terrorismo cibernético”, que sería el ataque contra medios cibernéticos (sistemas informáticos y la información que contienen) o la amenaza de llevarlos a cabo.

Como se puede observar, las definiciones del término terrorismo son muy diversas, pero tienen ciertos puntos en común. Uno de ellos es el uso de la violencia, o

la amenaza de utilizarla, como forma de coacción. Otro punto común es que siempre que se habla de terrorismo hay implícita una intencionalidad, lo cual va a ser algo fundamental para distinguir este tipo de acontecimiento traumático de otros acontecimientos traumáticos como, por ejemplo, los desastres naturales (p. ej., un terremoto) o los accidentes en los que está implicado el hombre, pero de forma inintencionada (p. ej., un accidente nuclear, un accidente de coche).

El objetivo del acto terrorista sería provocar terror como medio para conseguir unos fines políticos, religiosos, nacionalistas o económicos. Por lo tanto (y aunque habría excepciones), en la mayoría de los casos el objetivo del terrorismo no es asesinar a una persona concreta, sino infundir terror por medio de ese asesinato para así conseguir sus fines. Por este motivo, en numerosas ocasiones los ataques terroristas son masivos y contra la población civil, ya que son ataques dirigidos hacia una sociedad y su gobierno.

En la actualidad, el terrorismo está asociado fundamentalmente a grupos u organizaciones terroristas. Algunas de las organizaciones terroristas más conocidas a nivel mundial han sido el Ejército Republicano Irlandés (IRA) en Irlanda, las Brigadas Rojas en Italia, las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), *Al Qaeda* o *ISIS*. Estas dos últimas últimas organizaciones terroristas, de carácter islamista, han operado y operan en distintas regiones del mundo. En el caso de España, el terrorismo se habría visto asociado principalmente al grupo *Euskadi Ta Askatasuna* (ETA) (“País Vasco y libertad”, en español).

1.2. Formas de implementar el terrorismo

El terrorismo puede ser llevado a cabo a través de actos de diversa índole, pudiendo consistir en asesinatos, que en ocasiones implican actos suicidas, pero también secuestros, amenazas y coacciones.

Los actos terroristas que implican el asesinato pueden ser dirigidos a una persona concreta o consistir en un acto masivo en el que fallezcan o resulten heridas muchas personas.

También puede ser un hecho puntual y aislado, es decir un acto terrorista cometido en un momento determinado, o pueden ser una serie de actos terroristas llevados a cabo de forma continuada. La segunda suele ser la forma de actuación más utilizada por las organizaciones terroristas, puesto que estaría más acorde con su estrategia de crear un clima de miedo, del cual se servirían para conseguir sus objetivos.

Los atentados pueden ser ejecutados a modo de detonación o lanzamiento de bombas u otros explosivos, asalto armado, asesinato, ataques a infraestructuras o secuestros, siendo por este orden los más frecuentes (NCTC, 2012).

Sus acciones pueden ser llevadas a cabo mediante el uso de bombas (lapa, con temporizador o activadas a distancia), granadas, materiales de fabricación casera (como cócteles molotov), misiles antiaéreos, armas de fuego, armas biológicas, armas químicas (por ejemplo, gas sarín), o incluso secuestro de personas, o medios de transporte con pasajeros (como ocurrió con los aviones secuestrados el 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos de América).

1.3. El terrorismo a nivel mundial

El terrorismo es uno de los problemas más graves a nivel mundial, tanto por el elevado número de afectados que deja cada año, como por su incidencia en todas las regiones del mundo (véanse las tablas 1.1, 1.2, 1.3 y 1.4; NCTC, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013). Según los datos del NCTC de los Estados Unidos de América, entre los años 2005 y 2013 se produjeron un total de 101.093 atentados. La media anual sería de 11.233 atentados terroristas. Pero cuando se habla de afectados, las cifras se incrementan, dejando el terrorismo de media cada año 15.923 fallecidos, 31.646 heridos y 9.661 secuestrados.

Como podemos observar en los datos recogidos entre los años 2005 y 2010 (véase la tabla 1.1; NCTC, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010), las regiones más afectadas por el terrorismo serían Oriente Próximo y el Sur de Asia, con un 41,5% y un 34,9% de los atentados mundiales, respectivamente.

Tabla 1.1. Número de atentados terroristas en 2005-2013 a nivel mundial y por áreas geográficas (adaptado de García-Vera *et al.*, 2015, p. 217)

Área geográfica	Año								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012**	2013**
África	253	422	835	718	853	879	978	s.d.	s.d.
Este de Asia y Pacífico	1.007	1.036	1.429	978	821	728	543	s.d.	s.d.
Europa y Asia Central	780	659	606	774	737	704	561	s.d.	s.d.
Oriente Medio	4.230	7.755	7.540	4.594	3.297	3.416	7.721	s.d.	s.d.
Sur de Asia	3.974	3.654	3.607	4.354	4.847	5.537		s.d.	s.d.
América	867	826	482	352	444	340	480	s.d.	s.d.
Mundo entero	11.111	14.352	14.499	11.770	10.999	11.604	10.283	6.771	9.707

Nota. s.d. = sin datos. Los datos de los años 2012 y 2013 proceden de los informes del START (*National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* de los EE. UU.), mientras que los restantes proceden de los informes del NCTC (*National Counterterrorism Center* de los EE. UU.). A partir de 2012, el NCTC dejó de publicar estadísticas sobre ataques y víctimas del terrorismo por razones presupuestarias, pero dado que las metodologías de ambas instituciones para realizar esas estadísticas difieren, los datos de los años 2012 y 2013 no son directamente comparables con los años precedentes y, por tanto, las estimaciones de tendencias anuales o temporales se tienen que tomar con precauciones. *En los informes del NCTC sobre 2011 (NCTC, 2012a, 2012b), los datos de Oriente Medio y Sur de Asia se recogen de forma combinada. **En los informes del START sobre 2012 y 2013 (START, 2013, 2014) los datos no aparecen desglosados por zonas del mundo.

Tabla 1.2. Número de fallecidos a causa de atentados terroristas en 2005-2013 a nivel mundial y por áreas geográficas (adaptado de García-Vera *et al.*, 2015, p. 217)

Área geográfica	Año								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012**	2013**
África	875	1.643	2.187	2.987	3.239	2.137	s.d.	s.d.	s.d.
Este de Asia y Pacífico	760	854	1.119	762	678	493	s.d.	s.d.	s.d.
Europa y Asia Central	371	220	227	292	367	355	s.d.	s.d.	s.d.
Oriente Medio	8.728	13.691	14.010	5.828	4.041	3.750	9.236	s.d.	s.d.
Sur de Asia	3.017	3.609	4.737	5.826	6.269	6172		s.d.	s.d.
América	851	556	405	370	377	279	s.d.	s.d.	s.d.
Mundo entero	14.602	20.573	22.685	15.765	14.971	13.186	12.533	11.098	17.891

Nota. s.d. = sin datos. Los datos de los años 2012 y 2013 proceden de los informes del START (*National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* de los EE. UU.), mientras que los restantes proceden de los informes del NCTC (*National Counterterrorism Center* de los EE. UU.). A partir de 2012, el NCTC dejó de publicar estadísticas sobre ataques y víctimas del terrorismo por razones presupuestarias, pero dado que las metodologías de ambas instituciones para realizar esas estadísticas difieren, los datos de los años 2012 y 2013 no son directamente comparables con los años precedentes y, por tanto, las estimaciones de tendencias anuales o temporales se tienen que tomar con precauciones. *En los informes del NCTC sobre 2011 (NCTC, 2012a, 2012b), los datos de Oriente Medio y Sur de Asia se recogen de forma combinada y algunos datos no aparecen desglosados por zonas del mundo. **En los informes del START sobre 2012 y 2013 (START, 2013, 2014) los datos no aparecen desglosados por zonas del mundo.

Tabla 1.3. Número de heridos a causa de atentados terroristas en 2005-2013 a nivel mundial y por áreas geográficas (adaptado de García-Vera *et al.*, 2015, p. 217)

Área geográfica	Año								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012**	2013**
África	662	1.162	2.633	3.918	3.878	4.539	s.d.	s.d.	s.d.
Este de Asia y Pacífico	1.745	1.238	1.714	1.573	1.167	1.328	s.d.	s.d.	s.d.
Europa y Asia Central	1.897	809	742	1.089	1.054	1.187	s.d.	s.d.	s.d.
Oriente Medio	13.525	25.811	30.880	15.820	14.245	12.781	s.d.	s.d.	s.d.
Sur de Asia	5.926	8.506	7.774	11.227	11.502	10.350	s.d.	s.d.	s.d.
América	950	688	567	497	818	480	s.d.	s.d.	s.d.
Mundo entero	24.705	38.214	44.310	34.124	32.664	30.665	25.903	21.652	32.577

Nota. s.d. = sin datos. Los datos de los años 2012 y 2013 proceden de los informes del START (*National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* de los EE. UU.), mientras que los restantes proceden de los informes del NCTC (*National Counterterrorism Center* de los EE. UU.). A partir de 2012, el NCTC dejó de publicar estadísticas sobre ataques y víctimas del terrorismo por razones presupuestarias, pero dado que las metodologías de ambas instituciones para realizar esas estadísticas difieren, los datos de los años 2012 y 2013 no son directamente comparables con los años precedentes y, por tanto, las estimaciones de tendencias anuales o temporales se tienen que tomar con precauciones. *En los informes del NCTC sobre 2011 (NCTC, 2012a, 2012b), los datos no aparecen desglosados por zonas del mundo. **En los informes del START sobre 2012 y 2013 (START, 2013, 2014) los datos no aparecen desglosados por zonas del mundo.

Tabla 1.4. Número de secuestrados en atentados terroristas en 2005-2013 a nivel mundial y por áreas geográficas (adaptado de García-Vera *et al.*, 2015, pp. 217-218)

Área geográfica	Año								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012**	2013**
África	181	1.118	1.009	1.002	2.592	2.651	s.d.	s.d.	s.d.
Este de Asia y Pacífico	62	229	503	277	148	246	s.d.	s.d.	s.d.
Europa y Asia Central	35	14	89	43	4	9	s.d.	s.d.	s.d.
Oriente Medio	479	1.905	1.926	849	887	1.206	s.d.	s.d.	s.d.
Sur de Asia	33.491	12.235	1.364	2.477	6.657	1.748	s.d.	s.d.	s.d.
América	532	353	180	210	219	190	s.d.	s.d.	s.d.
Mundo entero	34.780	15.854	5.071	4.858	10.507	6.050	5.554	1.283	2.990

Nota. s.d. = sin datos. Los datos de los años 2012 y 2013 proceden de los informes del START (*National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* de los EE. UU.), mientras que los restantes proceden de los informes del NCTC (*National Counterterrorism Center* de los EE. UU.). A partir de 2012, el NCTC dejó de publicar estadísticas sobre ataques y víctimas del terrorismo por razones presupuestarias, pero dado que las metodologías de ambas instituciones para realizar esas estadísticas difieren, los datos de los años 2012 y 2013 no son directamente comparables con los años precedentes y, por tanto, las estimaciones de tendencias anuales o temporales se tienen que tomar con precauciones. *En los informes del NCTC sobre 2011 (NCTC, 2012a, 2012b), los datos no aparecen desglosados por zonas del mundo. **En los informes del START sobre 2012 y 2013 (START, 2013, 2014) los datos no aparecen desglosados por zonas del mundo.

En concreto, los países que han sufrido un mayor número de atentados terroristas en los últimos años han sido Irak, Paquistán, Afganistán y la India (véase la tabla 1.5; START, 2012, 2013). Así, la media anual de atentados durante los años 2012 y 2013 fue de 1.883 en Irak, 1.662 en Pakistán, 1.083 en Afganistán y 589 en la India, observándose en los cuatro países un incremento en el año 2013 respecto al 2012, tanto en el número de atentados como en el número de heridos y fallecidos, y destacando especialmente el incremento tan importante producido en Irak.

Tabla 1.5. Países con más atentados terroristas en 2012 y 2013 (adaptado de START, 2013, 2014)

Países	Atentados y víctimas en 2012			Atentados y víctimas en 2013		
	Atentados	Fallecidos	Heridos	Atentados	Fallecidos	Heridos
Irak	1.271	2.436	6.641	2.495	6.378	14.956
Pakistán	1.404	1.848	3.643	1.920	2.315	4.989
Afganistán	1.023	2.632	3.715	1.144	3.111	3.717
India	557	231	559	622	405	717

Por otro lado, a nivel mundial y según los datos del NCTC (véase la tabla 1.6), parece que en los últimos años (al menos hasta el 2011) ha habido una tendencia a la disminución en el número de atentados masivos (con 10 o más fallecidos), pasando, por ejemplo, de los 268 atentados masivos como media anual durante los años 2005-2009 a los 192 y 193 atentados de los años 2010 y 2011, respectivamente¹.

¹ A partir de 2012 y por razones presupuestarias, el NCTC dejó de publicar estadísticas sobre ataques y víctimas del terrorismo en el mundo, y de esta tarea se empezó a encargar el START (*National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* de los EE. UU.). Los informes del START indican que durante el año 2012 se produjeron en el mundo 186 atentados terroristas con 10 o más fallecidos, mientras que durante el año 2013 fueron 291 atentados (García-Vera et al., 2015). Sin embargo, esos datos no son directamente comparables con los datos del NCTC sobre el período 2005-2011, ya que las metodologías del START y del NCTC para realizar las estadísticas de los atentados terroristas difieren y, en consecuencia, las estimaciones de tendencias anuales o temporales se tienen que tomar con precauciones cuando se comparan los años 2012-2013 con los años 2005-2011.

Tabla 1.6. Atentados terroristas con 10 o más fallecidos durante el período 2005-2011
(adaptado de NCTC, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012a, 2012b)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº de atentados terroristas con 10 o más fallecidos	226	289	355	235	234	192	193

Capítulo 2

El terrorismo en España

2.1. Grupos terroristas en España

El terrorismo en España en la segunda mitad del siglo XX y la primera década del siglo XXI no ha consistido en hechos puntuales y aislados, sino que el país ha sufrido durante todos esos años, de forma casi continuada, atentados terroristas cometidos por numerosas organizaciones terroristas. Entre ellas, las dos que han cometido más atentados han sido ETA y los Grupos de Resistencia Antifascista Primero de Octubre (GRAPO), pero el número de grupos terroristas ha superado la treintena y han tenido ideologías muy diversas, tanto de extrema izquierda como, por ejemplo, el Frente Revolucionario Antifascista y Patriótico (FRAP) y el Movimiento Ibérico de Liberación-Grupos Autónomos de Combate (MIL-GAC), como de extrema derecha como, por ejemplo, la Alianza Apostólica Anticomunista o Triple A (AAA), el Batallón Vasco Español (BVE), los Grupos Armados Españoles (GAE) y los Grupos Antiterroristas de Liberación (GAL), o nacionalista radical como, por ejemplo, los Comandos Autónomos Anticapitalistas (CAA; nacionalismo vasco), el Frente Revolucionario Antifascista Vasco-Aragonés (FRAVA; nacionalismo vasco-aragonés), el *Exèrcit Popular Català* (EPOCA; nacionalismo catalán), el *Front D'Alliberament Català* (FAC; nacionalismo catalán), *Terra Lliure* (nacionalismo catalán), los Grupos Armados 28 de Febrero (GAVF; nacionalismo andaluz), la *Andecha Obrera* (nacionalismo asturiano), el Movimiento por la Autodeterminación e Independencia del Archipiélago Canario-Fuerzas Armadas Guanches (MPAIAC-FAG; nacionalismo canario), la *Loita Armada Revolucionaria* (LAR; nacionalismo gallego) y el *Exército Guerrilheiro do Povo Galego Ceive* (EGPGC; nacionalismo gallego), e, incluso, islamista como, por ejemplo, *Al Qaeda* (Benegas, 2004; de la Calle y Sánchez-Cuenca, 2011; Sánchez-Cuenca, 2009a).

Aunque algunas de esas organizaciones (p. ej., GAVF, *Andecha Obrera*) solo causaron con sus atentados daños materiales, la mayoría causaron numerosas víctimas mortales o heridas, siendo ETA el grupo terrorista que indudablemente ha provocado mayor cantidad de víctimas mortales, con un total de 829 fallecidos, seguida por el terrorismo islamista, con 230 fallecidos, y el GRAPO, con 82 fallecidos; otras 239 víctimas mortales fueron causadas por el resto de grupos terroristas que han operado en España, sumando un total de 1.380 fallecidos en España a causa del terrorismo (véase la tabla 2.1).

Tabla 2.1. Víctimas mortales del terrorismo en España (datos extraídos de la página web del Ministerio del Interior, 2013a)

	Grupo terrorista				
	ETA	Terrorismo islamista	GRAPO	Otros	Total
Número de fallecidos	829	230	82	239	1.380

Nota. Datos actualizados a la fecha del último atentado mortal de la organización terrorista ETA, 16 de marzo de 2010

2.2. El terrorismo de ETA

Puesto que ETA ha sido la organización terrorista que más atentados terroristas ha cometido en la historia de España, es de especial interés detenerse a observar su actividad a través de los años para poder analizar el terrorismo en España y sus consecuencias psicopatológicas en las víctimas heridas o en los familiares de las personas heridas o fallecidas.

Centrándose en los atentados terroristas que provocaron fallecidos, la mayoría de las 829 víctimas mortales de ETA fueron asesinadas en atentados llevados a cabo en el País Vasco ($n = 551$), aunque también hay un número elevado de víctimas mortales en Madrid ($n = 123$), Cataluña ($n = 55$) y Navarra ($n = 40$), siendo el resto de comunidades de España menos afectadas en este sentido ($n = 57$), y habiendo también tres víctimas mortales en Francia (Ministerio del Interior, 2013b).

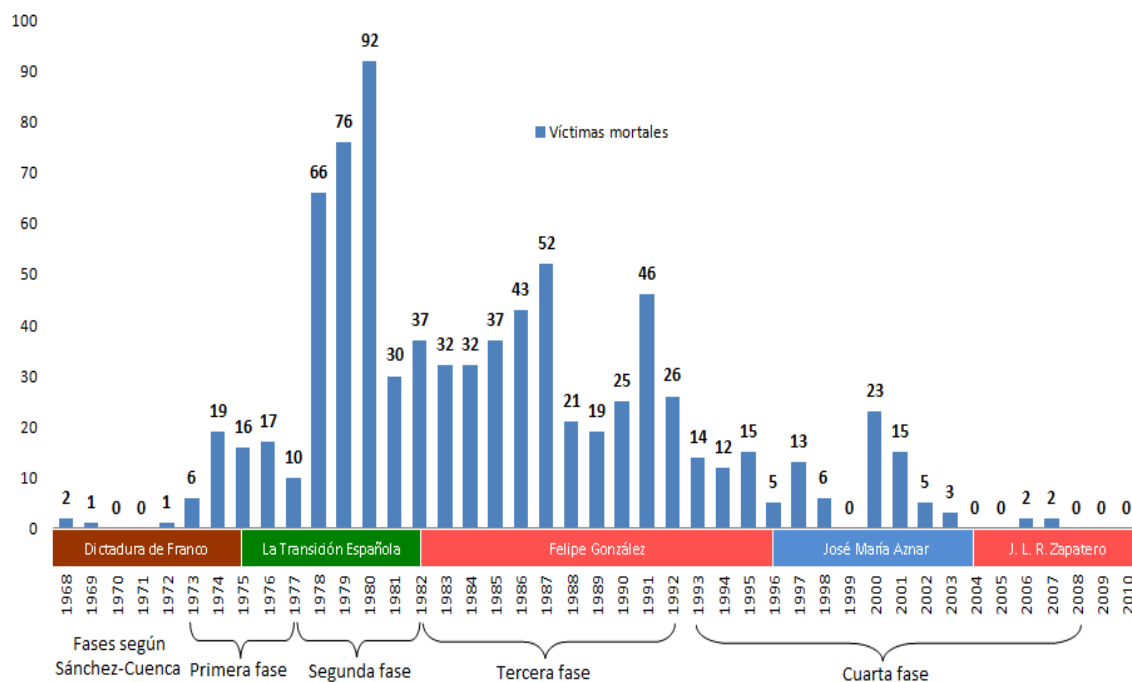
Sus atentados mortales han ido dirigidos a todo tipo de población, dejando un número considerable de fallecidos tanto entre los miembros de las fuerzas armadas o cuerpos policiales ($n = 486$) como en la población civil ($n = 343$). Dentro de los primeros, los grupos más afectados en cuanto al número de víctimas mortales han sido la Guardia Civil ($n = 203$) y la Policía Nacional ($n = 146$), aunque también ha habido atentados en los que han fallecido miembros de las Fuerzas Armadas ($n = 98$), la Policía Local ($n = 24$), la *Ertzaintza* ($n = 13$), los *Mossos d'Esquadra* ($n = 1$) y fuerzas de seguridad extranjeras ($n = 1$) (Ministerio del Interior, 2013b).

Por este motivo, en toda España, pero especialmente en el País Vasco, y aún en mayor medida entre los miembros de la Guardia Civil y la Policía Nacional de esa región, se vivió durante décadas una situación de amenaza constante. Algunos de ellos no habían sufrido atentados terroristas de forma directa, pero tenían a varios compañeros que habían fallecido o resultado heridos en diversos atentados terroristas; otros sufrieron atentados terroristas ellos mismos, algunos incluso varios. La percepción de que su vida corría peligro estaba tan presente que esta situación es muy probable que influyera en que muchos de ellos comenzaran a presentar sintomatología de estrés postraumático, lo cual se etiquetó como “el síndrome del Norte”, haciendo alusión con este término a una serie de problemas y trastornos psicológicos que sufrían los miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado destinados en el País Vasco y originado por el terrorismo y la problemática social relacionada (Fuentes Rocañín, Martínez Sánchez, Gómez Soto y de la Gándara Martín, 1999).

2.2.1. Evolución temporal del terrorismo de ETA

Para entender las posibles consecuencias psicológicas que pueden presentar las víctimas del terrorismo en España es interesante analizar la evolución temporal de la actividad terrorista de ETA, ya que esta no fue homogénea a lo largo de su historia y esto podría haber afectado a sus consecuencias y, por tanto, dichas consecuencias ser distintas en función de la fecha en que las víctimas sufrieron el atentado. Una forma de analizar esta evolución temporal sería observando el número de fallecidos por los atentados terroristas en función de las etapas políticas, comenzando con los últimos años de la dictadura de Franco, pasando por la Transición y los Gobiernos de Felipe González, José María Aznar y José Luis Rodríguez Zapatero, pero también se podría dividir su evolución en función de la propia letalidad de la banda terrorista, como hizo Sánchez-Cuenca (2009b), lo cual podría estar más relacionado con la percepción de amenaza de las víctimas y, por ende, con sus consecuencias psicopatológicas (véase el gráfico 2.1).

Gráfico 2.1. Evolución temporal de las víctimas mortales por atentados cometidos por la organización terrorista ETA en función de las etapas políticas de la historia de España y de la etapas de letalidad de ETA propuestas por Sánchez-Cuenca (2009b) (datos extraídos de la página web del Ministerio de Interior, 2013b, y actualizados a la fecha del último atentado mortal de la organización terrorista, 16 de marzo de 2010)



- **Evolución del terrorismo de ETA en función de las etapas políticas**

a) Dictadura de Franco (1939-1975)

El 2 de agosto de 1968 ETA cometió su primer asesinato contra un policía. La víctima elegida fue el jefe de la Brigada Político-Social de San Sebastián, Melitón Manzananas, un torturador conocido en el País Vasco al que asesinaron por su relevancia política (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

En 1973 Franco nombra presidente del Gobierno a Luis Carrero Blanco, quien

podría haber sido su sucesor, pero en diciembre de ese mismo año fue asesinado por ETA con una carga explosiva que hicieron estallar al paso de su coche; fue la denominada “operación ogro”. Tras este suceso, Carlos Arias Navarro pasó a estar al frente del Gobierno.

En 1974, ETA asesina a un guardia civil, parece ser por el mero hecho de llevar uniforme, ya que la banda terrorista no ofreció justificación alguna para esa víctima en particular. Desde este momento, ETA pareció llegar a la conclusión de que era lícito matar a cualquiera que llevase uniforme (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

El 13 de septiembre de ese mismo año hubo un atentado en la cafetería Rolando, situada en la calle Correos, en el centro de Madrid. A consecuencia del atentado fallecieron 13 personas. Varios policías resultaron heridos, pero solo uno de ellos falleció dos años después del atentado; el resto de fallecidos fueron civiles. En este año hubo un incremento en el número de víctimas mortales asociadas al terrorismo, llegando a la cifra de 19 fallecidos debido en gran parte a este atentado.

El 5 de julio de 1975, ETA asesina a Carlos Arguimberri mientras conducía un autobús en el que llevaba pasajeros. Sería la primera persona asesinada con el pretexto de haber sido calificada como “chivato”. Desde este momento, otras personas serían asesinadas aludiendo a este mismo motivo.

Al fallecer Franco, el 20 de noviembre de 1975, y con el fin de su dictadura, se pensaba que ETA dejaría de cometer atentados, pero este hecho no supuso en ninguna medida una disminución en su actividad terrorista; por el contrario, durante la Transición aumentaron tanto el número de atentados como el de víctimas mortales, lo cual hizo perder muchos apoyos a la organización terrorista.

b) La transición española

A los años posteriores a la dictadura de Franco se les conoce como Transición española, puesto que durante dichos años se produjo el paso de un régimen dictatorial a una democracia parlamentaria. El comienzo de la Transición se establece claramente tras la muerte de Franco, pero hay dudas respecto a la fecha de su finalización, puesto que

diferentes historiadores la sitúan en distintos momentos que fueron clave para la democracia. No obstante, parece que la mayoría de historiadores la sitúan en el comienzo del Gobierno de Felipe González, por lo que cubriría los primeros años de la monarquía, incluyendo los Gobiernos de Adolfo Suárez y Calvo Sotelo. Esta época fue la más sangrienta de ETA, en cuanto al número de víctimas mortales por año.

- ***Primeros años de la monarquía (1975-1977)***

Durante los primeros años de la monarquía fueron asesinados por ETA varios representantes políticos, aludiendo principalmente a su vinculación con la dictadura franquista.

Juan Carlos de Borbón había sido designado por Franco como su sucesor, por lo que tras su muerte fue nombrado Jefe del Estado, manteniéndose Arias Navarro como presidente del Gobierno, pero este renunció debido a sus diferencias con el monarca, pasando a ser nombrado Adolfo Suárez como Presidente del Gobierno.

- ***Gobierno de Adolfo Suárez (1977-1981)***

Adolfo Suárez comenzó a ejercer como presidente del Gobierno antes de que se celebrasen las elecciones el 15 de junio de 1977, en las cuales fue elegido de forma democrática. Saliendo reelegido posteriormente en 1979.

En 1978, ETA asesina por primera vez a un periodista, José María Portell, quien había participado en intentos de mediación del Gobierno con la organización terrorista. Las palabras que le dedicaron en la prensa tras su muerte, contrastaban con la falta de homenajes a las víctimas cuando estas eran guardias civiles o policías (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006) quienes sin embargo veíamos habían sido los grupos más afectados por el terrorismo de ETA.

En este año también, se produce el primer ataque de ETA explícitamente dirigido contra miembros del ejército. Este cambio se produjo porque pensaban que eran quienes de verdad podían permitir o bloquear la secesión vasca (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

Otro cambio producido en este mismo año fue que ETA asesina por primera vez a un familiar de guardia civil. Aunque anunciaron en un comunicado que no pensaban generalizar estos actos, en los ochenta cometerían varios atentados en casas cuartel en los que fallecerían mujeres e hijos de Guardias Civiles (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

Los años 1978 y 1979 fueron años en los que hubo el mayor incremento en el número de víctimas mortales de atentados terroristas cometidos por ETA, que se había dado hasta la fecha, con un total de 66 y 76 fallecidos respectivamente, pero 1980 fue sin duda el año más sangriento de la historia de ETA, con un total de 92 fallecidos.

El 10 de enero de 1980, ETA asesina delante de sus hijas al comandante militar Jesús Velasco Zuazola. Su viuda, Ana María Vidal Abarca, fundaría un año después la Asociación Víctimas de Terrorismo o AVT (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

ETA hasta este año había matado policías y guardias civiles solo dentro del País Vasco, calificándoles de “ocupantes”, pero tras el asesinato de Francisco López Bescós, los asesinatos de policías y guardias civiles se generalizan al resto de España (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

El 12 de mayo de 1980, se produce un crimen que llamaría la atención por la paradoja que supuso. Varios miembros de ETA asesinan a Ramón Baglietto, miembro de Unión de Centro Democrático (UCD). Uno de sus asesinos, fue un chico al cual años antes, cuando aún era un niño, Ramón había salvado de ser arrollado por un camión. Este miembro de ETA cumplió condena por su asesinato y cuando salió libre, compró una cristalería justo debajo de la casa de la viuda de Ramón Baglietto. En esta época aún no se contemplaban las penas accesorias de alejamiento (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

El 29 de enero de 1981, Adolfo Suárez presenta su dimisión tanto del Gobierno, como de su partido, la Unión de Centro Democrático (UCD). Era una época convulsa, España estaba atravesando una crisis económica, algunos militares no estaban de acuerdo con el establecimiento del sistema democrático y la presión de ETA era muy notable, puesto que como ya se ha comentado, estaba siendo la etapa más sangrienta de la organización terrorista.

Entre los años 1978 y 1981 ETA pegaba un tiro en la pierna al empresario con el que hubiese conflictos laborales como muestra de “apoyo al proletariado” (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

Además de lo mencionado, durante esta época ETA continúa asesinando a cargos políticos.

- ***Gobierno de Leopoldo Calvo Sotelo (1981-1982)***

El 23 de febrero de 1981 hubo un intento fallido de golpe de Estado, llevado a cabo por el teniente coronel de la Guardia Civil Antonio Tejero, acompañado de otros Guardias Civiles. El 26 de febrero Calvo Sotelo toma posesión del cargo de presidente.

Durante su mandato hubo un menor número de atentados que durante el gobierno anterior, pero aún así bastante mayor que en la época franquista.

c) ***Gobierno de Felipe González (1982-1996)***

El 28 de octubre de 1982 se celebran elecciones generales y el Partido Socialista Obrero Español (PSOE) obtiene mayoría absoluta en las mismas, pasando desde ese momento Felipe González a ser presidente del Gobierno, cargo que renovaría nuevamente en tres ocasiones tras las elecciones generales de 1986, 1989 y 1993.

El 31 de diciembre de ese mismo año, ETA asesina a José Larrañaga Arenas, miembro de UCD contra el que ya habían cometido 2 atentados con anterioridad. El fallecido se había exiliado del País Vasco y volvía a su pueblo ese día para despedir el año con su familia. Este es un ejemplo de la situación de amenaza que vivían muchas personas en el País Vasco.

Esta situación de amenaza se extendía a los propios miembros de la organización terrorista que querían dejarla, llegando a asesinar en 1986 a María Dolores González

Catarain, conocida como Yoyes, exdirigente de la misma, justificándolo como algo necesario para prevenir futuras deserciones.

Durante esta época ETA pretendía ganar apoyos en la sociedad, asesinando a drogadictos y supuestos narcotraficantes, aludiendo a que estaban llevando a cabo una lucha contra el narcotráfico. En aquellos tiempos, la sociedad aún era permeable al “algo habrá hecho” (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

El 14 de julio de 1986, ETA accionó un coche-bomba al paso de un autobús de la agrupación de Tráfico de la Guardia Civil por la Plaza de la República Dominicana de Madrid. En él viajaban 70 guardias civiles, de entre 18 y 25 años, de los cuales 12 fallecieron. Hubo numerosos heridos, guardias civiles, en su mayoría, y algunos civiles que pasaban por aquella plaza en el momento de la explosión. ETA había cambiado el arma de fuego, por un método con el que podían matar de forma masiva y con menor riesgo para sus miembros que escapaban sin problemas en medio del caos (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

Un año más tarde, el 19 de junio de 1987, ETA vuelve a atacar con un coche bomba, pero esta vez en el Hipercor de Barcelona, donde se encontraban numerosos civiles realizando sus compras. En este atentado perdieron la vida 21 personas, 4 de ellas niños, y 45 resultaron heridas. Este atentado hizo incrementar el temor de la sociedad y su rechazo al terrorismo, puesto que ahora cualquier persona podría ser víctima de sus actuaciones.

El 11 de diciembre de 1987, vuelve a ETA cometer un atentado con la misma técnica, pero esta vez en la casa cuartel de Zaragoza, dejando un total de 11 víctimas mortales, 3 de ellas guardias civiles y el resto civiles, de los cuales 5 eran niños.

Estos atentados masivos hicieron que 1987 fuese el año más sangriento de toda la etapa de Gobierno de Felipe González, con un total de 52 fallecidos.

El 8 de diciembre de 1990, se produce un nuevo atentado con coche-bomba accionado a distancia al paso de una furgoneta policial en Sabadell, que se dirigía al estadio de la Nova Creu Alta para prestar servicio de seguridad en un partido de fútbol.

A consecuencia de la explosión fallecen 6 agentes de la Policía Nacional, hiriendo a su vez a 8 civiles que pasaban por el lugar.

El 29 de mayo de 1991, de nuevo otro atentado en una casa-cuartel, en esta ocasión en Vic (Barcelona), resultando un total de 9 víctimas mortales, 2 guardias civiles y 7 civiles, de los cuales tres eran niños.

El año 1991 fue el segundo año más sangriento del Gobierno de Felipe González, volviendo a haber un repunte en el número de víctimas mortales, contabilizándose un total de 46 fallecidos.

A partir de la detención de la dirección de la organización terrorista en una operación policial en Bidart (Francia), en marzo de 1992, hubo una disminución en el número de atentados cometidos por ETA, y sobre todo en el número de víctimas mortales.

El 21 de junio de 1993 ETA lleva a cabo un atentado con coche-bomba en la glorieta de López de Hoyos al paso de un furgón militar, en Madrid, causando un total de 7 fallecidos, 6 de ellos eran militares y uno de los fallecidos fue el civil que conducía el furgón, además de 22 heridos. Una hora después, se produce una segunda explosión de otro coche, a causa de la cual resultan heridas otras 3 personas.

En 1993 se produce el primer atentado premeditado y mortal contra un ertzaina, justificando los asesinatos de la policía autonómica por su “papel represivo”. Anteriormente ETA había asesinado a otros ertzainas, pero según los comunicados de la organización terrorista no habían sido atentados dirigidos directamente contra ellos (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

ETA también asesinó a policías municipales, pero en este caso no por ser “ocupantes” ni “fuerzas represivas”, sino por sus vínculos con las fuerzas de seguridad o su ideología derechista (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

Durante esta época ETA sigue cometiendo atentados contra representantes políticos de diferentes fuerzas políticas, como Gregorio Ordoñez, José María Aznar (el cual resulto ileso), o Fernando Múgica Herzog (el cual ya había dejado la política). También contra

aquellos empresarios que no pagasen el llamado “pago de la extorsión” (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

El 17 de enero de 1996 José Antonio Ortega Lara fue secuestrado cuando volvía de su trabajo, como funcionario de prisiones. ETA le mantuvo 532 días secuestrado. No sería liberado hasta el 1 de julio de 1997, día en el que la Guardia Civil le encontró en el zulo en el cual le tenían escondido.

El 11 de diciembre de 1996, un nuevo atentado con coche-bomba en el barrio madrileño de Vallecas es perpetrado por ETA, dejando como resultado 6 fallecidos, todos ellos civiles que trabajaban para la armada.

Las legislaturas del Gobierno de Felipe González forman parte de la etapa en la que más fallecidos hubo debido a la actividad terrorista de ETA, si observamos solo los números a nivel global. Pero lo cierto es que su Gobierno ha sido el más duradero de la democracia hasta la fecha, y si analizamos la tasa de fallecidos por año, esta había sido mucho mayor durante la Transición. De hecho durante este periodo se había producido una importante disminución, sobre todo en los últimos años de su Gobierno, con algunos repuntes debidos principalmente al incremento de atentados masivos, que ya se han comentado a lo largo del apartado.

d) Gobierno de José María Aznar (1996-2004)

En las elecciones de 1996, el Partido Popular no alcanza la mayoría absoluta, pero Aznar forma coalición con algunos partidos nacionalistas de Cataluña (CIU), País Vasco (PNV) y Canarias (CC), consiguiendo gobernar. En el año 2000 el PP gana las elecciones por mayoría absoluta.

El 10 de julio de 1997 miembros de ETA secuestraron a Miguel Ángel Blanco, un concejal del PP de Ermua, y amenazan al Gobierno de Aznar con asesinarle si no se producía un acercamiento de los presos de ETA al País Vasco. El Gobierno no cedió al chantaje y Miguel Ángel fue asesinado con dos tiros en la nuca. Este asesinato fue de gran transcendencia para la sociedad española, puesto que todo el proceso fue seguido por los medios de comunicación, lo cual provocó la empatía de toda la sociedad hacia Miguel

Ángel y sus familiares, así como el aumento del rechazo a las actuaciones de la organización terrorista.

Durante esta etapa ETA atenta especialmente contra cargos políticos, aunque también contra otras figuras como miembros del Tribunal Supremo o magistrados de la Audiencia, continuando a su vez los atentados contra los cuerpos de seguridad, llamando especialmente la atención el asesinato de Ernest Lluch, político español del PSC (Partido de los Socialistas de Cataluña) y exministro, que se había distinguido por su actividad política antifranquista y que en el momento de su asesinato estaba retirado de la vida política.

ETA trata de buscar otros medios para conseguir la independencia y trata de unir fuerzas con otros partidos políticos con el objetivo de forjar un amplio frente nacionalista del que pudiese surgir la independencia. Esta nueva estrategia se materializa en el Pacto de Lizarra (el 12 de septiembre de 1998), también conocido como Pacto de Estella, que firman todos los partidos nacionalistas vascos, distintas asociaciones y sindicatos, para llevar a cabo un proceso de negociación que acabe con el cese de la actividad terrorista de ETA. Todo esto fomentó que el 16 de septiembre de ese mismo año, la organización terrorista declarase por primera vez en su historia, un “alto el fuego total e indefinido”, que se mantendría hasta el 28 de noviembre de 1999, siendo el período más largo de la democracia sin asesinatos cometidos por la organización terrorista.

El 12 de diciembre del año 2000, Aznar y el secretario general del partido de la oposición, José Luis Rodríguez Zapatero, firmaron el Acuerdo por las Libertades y contra el Terrorismo, o Pacto Antiterrorista.

El 11 de marzo de 2004, se produjo el mayor atentado de la historia de España, el cual marcó un antes después en el terrorismo. Este atentado será comentado más en profundidad en el siguiente apartado, por ser un atentado relacionado con el terrorismo islamista.

Durante la etapa del Gobierno de Aznar hubo de nuevo una disminución en el número de víctimas mortales a causa de los atentados terroristas cometidos por ETA, pero el atentado cometido por Al Qaeda hizo incrementar notablemente el número general de

víctimas mortales por actos terroristas, puesto que solo en dicho atentado fallecieron 192 personas.

e) Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero (2004-2011)

El 14 de marzo de 2004 el PSOE volvió a ganar las elecciones generales y José Luis Rodríguez Zapatero es elegido presidente del Gobierno, tomando posesión del cargo el 17 de abril, cargo que renovaría en 2008 tras una nueva victoria del PSOE en las elecciones generales del 9 de marzo de ese año.

El 18 de junio de 2005, ETA anuncia un cese de los atentados a cargos electos de los partidos políticos españoles, conociéndose el 8 de julio por un artículo publicado en un boletín interno de ETA, que se excluía de la tregua a las autoridades del Estado y a las personas con responsabilidad en el Gobierno.

El 22 de marzo de 2006 ETA anuncia una tregua, que rompe el 30 de diciembre de ese mismo año, llevando a cabo un atentado en la terminal 4 del Aeropuerto de Barajas, en Madrid, en el cual hicieron explotar una furgoneta-bomba estacionada en el parking de la terminal. A consecuencia de este atentado fallecieron dos personas que se encontraban dentro de uno de los coches aparcados en el mismo. Hubo también varios heridos, así como destrozos de las infraestructuras y la consecuente desorganización en el funcionamiento del aeropuerto. Sin embargo, no dieron por finalizado el alto el fuego hasta el 5 de junio de 2007.

El 17 de noviembre de 2008, fue detenido por la policía francesa Mikel Garikoitz Aspiazu, alias Txeroki, el máximo responsable del aparato militar de ETA.

El 19 de junio de 2009 ETA asesinaba a un policía nacional, Eduardo Antonio Puellas García. Un mes después, ETA volvía actuar, el 30 de julio, asesinando a dos guardias civiles, Carlos Sáenz de Tejada y Diego Salva.

El 16 de marzo de 2010, la organización terrorista ETA asesinaba por primera vez a un gendarme francés, Jean-Serge Nérin.

Durante esta etapa de gobierno socialista, la banda terrorista ya apenas comete atentados, habiendo una gran disminución en el número de fallecidos. El 5 de septiembre de 2010 ETA anuncia un alto el fuego, sin especificar si sería temporal y permanente, pero ETA se muestra dispuesta a emprender un proceso democrático con el Gobierno.

El 17 de octubre de 2011 se celebró en San Sebastián una Conferencia Internacional de Paz en la que los representantes hicieron una declaración pública pidiendo a ETA el cese definitivo de la lucha violenta. Unos días después, el 20 de octubre, ETA anuncia en un comunicado el “cese definitivo de su actividad armada”.

- **Evolución por fases del terrorismo de ETA en función de su letalidad**

Sánchez Cuenca (2009) trata de dar una explicación a las variaciones en la letalidad de la banda terrorista a través de cuatro fases temporales:

- a) **Primera fase**

La primera de estas fases la fija en el periodo que transcurre entre el asesinato de Carrero Blanco (1973) y las primeras elecciones democráticas (1977). En este periodo ETA no llevó a cabo tantos atentados como lo haría en épocas posteriores. Sánchez-Cuenca (2009b) comenta que los integrantes de la organización terrorista se dieron cuenta de que “la violencia podría provocar la insurrección popular contra el régimen de Franco a través de la estrategia de *acción-represión-acción*”. Lo cual explica añadiendo que “la violencia provocaría una respuesta represiva desproporcionada por parte del Estado que a su vez aumentaría el apoyo popular a la organización terrorista, y que en última instancia, permitiría a ETA aumentar su capacidad ofensiva”.

- b) **Segunda fase**

La segunda fase la establece en el período comprendido entre 1977 y 1982, coincidiendo con el comienzo de lo que él denomina “guerra de desgaste”. En esta fase describe que “ETA trata de infligir el mayor daño posible al Estado (en términos de vidas humanas, extorsión económica y destrucción de la propiedad) para conseguir sus fines, mientras el Estado, por su parte, trata de arrestar al mayor número posible de terroristas,

con el fin de conseguir que ETA deje las armas”. Añade que, “de hecho, entre 1977 y 1980 se produce la mayor ofensiva, pero en 1981 se produce una reducción muy notable en el número de víctimas mortales, debido a la actividad antiterrorista del Estado” (Sánchez-Cuenca, 2009b).

c) Tercera fase

La tercera fase la fija entre 1982 y 1992, y sería una continuación de la denominada “guerra por desgaste”. En ella comenta que “se alcanza un cierto equilibrio entre la actividad terrorista de ETA y la actividad represiva del Estado, dándose una relativa estabilidad en el número de víctimas mortales”. Aunque en este período, añade que “hay variaciones debido a dos atentados que hacen aumentar el número de víctimas, el atentado de Hipercor en Barcelona (1987), y en la casa cuartel de Vic (1991), así como las treguas resultantes de las conversaciones entre el Gobierno de Felipe González y la organización terrorista, que produjeron una reducción en el número de asesinatos entre 1988 y 1990” (Sánchez-Cuenca, 2009b).

d) Cuarta fase

El inicio de la cuarta fase (1992-2007) lo sitúa en la caída de la dirección de ETA en la operación policial en Bidart (Francia). Comenta que “en estos años ETA acepta la imposibilidad de obtener la independencia por la presión de las armas solo y decide unir fuerzas con los partidos nacionalistas moderados, con el objetivo de forjar un amplio frente nacionalista capaz de provocar una crisis política en el Estado del que pudiese surgir la independencia”. Esta nueva estrategia se materializa en la forma del Pacto de Lizarra ya comentado anteriormente (Sánchez-Cuenca, 2009b).

Hasta 1992, se había utilizado como blancos principalmente a la policía, la Guardia Civil y el Ejército, pero después de las detenciones en Bidart, los terroristas decidieron cambiar de táctica y llevar a cabo ataques contra los representantes y funcionarios del Estado. Los políticos y funcionarios estatales constituyen el 2,6 % de las muertes durante la guerra de desgaste (1977-1992), aumentan a un 21,7 % durante la siguiente fase (1992-2007) (Sánchez-Cuenca, 2009b).

2.3. El terrorismo islamista en España

En el primer apartado del capítulo veíamos que también ha habido un número importante de fallecidos como causa del terrorismo islamista.

El primer atentado terrorista atribuido a grupos islamistas en el que hubo fallecidos fue el perpetrado en el restaurante "El Descanso" de Madrid el 12 de abril de 1985. El restaurante era frecuentado por militares estadounidenses de la Base Aérea de Torrejón de Ardoz, por lo que se piensa que podría haber ido dirigido a ellos, aunque la mayoría de los heridos y fallecidos eran civiles españoles que cenaban en el restaurante. El atentado dejó un total de 18 fallecidos y 82 heridos. No se pudo determinar la autoría del atentado, pero fue reivindicado por un grupo de la yihad islamista.

El 11 de marzo de 2004 se produjo el mayor atentado terrorista en la historia de España, conocido con el acrónimo de 11-M. Varias mochilas bomba fueron explosionadas en cuatro trenes de la red de Cercanías de Madrid, falleciendo 190 personas y resultando heridas 1.858, de las cuales la inmensa mayoría eran personas que iban a trabajar como cada mañana. El número de víctimas mortales asciende a 192 si tenemos en cuenta el bebé que esperaba una mujer herida en el atentado que acabó perdiendo la vida dos meses después del atentado debido a las heridas sufridas por la madre, y el GEO que falleció el 3 de abril al suicidarse algunos de los terroristas que habían participado en los atentados cuando iban a ser detenidos en un piso de Leganés.

Estos atentados conmocionaron a toda la sociedad, especialmente la madrileña, que llevó a cabo manifestaciones multitudinarias expresando su rechazo al terrorismo, y mandando mensajes de apoyo a las víctimas con mensajes como “en ese tren íbamos todos” en solidaridad con las víctimas, expresando que cualquier ciudadano podría haber sido víctima de aquel atentado.

2.4. La lucha contra el terrorismo en España

A mediados de los 80 del siglo XX, Francia decidió colaborar con España en la lucha contra ETA, lo cual supuso una gran ayuda en dicha lucha. La consecuencia más

notable de esta colaboración fue la detención de toda la cúpula directiva de ETA en Bidart, el 29 de marzo de 1992, lo cual fue el comienzo del declive de la organización terrorista, puesto que ya no tendría la misma capacidad ofensiva.

Desde 2003, la intensidad de la violencia mortal de ETA ha sido muy baja; de hecho, se podría decir que la organización terrorista ha entrado en una fase terminal ya que las fuerzas de seguridad han dañado seriamente su capacidad para operar (Sánchez-Cuenca, 2009b).

Otra estrategia policial utilizada en la lucha antiterrorista ha sido el acercamiento y alejamiento de presos que han cometido terrorismo en función de su radicalización, la cual ha sido efectiva, aunque no exenta de críticas desde el punto de vista de los derechos humanos (Rodríguez Uribe, 2013).

A partir del 28 de febrero de 2006, a raíz de resolución del Tribunal Supremo de España a un recurso presentado por Henri Parot, miembro de ETA, comienza a aplicarse la denominada doctrina Parot a los casos de terrorismo. La cual consistía en que la reducción de penas por beneficios penitenciarios se aplicase a cada una de ellas individualmente y no sobre el máximo legal permitido de permanencia en prisión que, según el ya derogado Código Penal de 1973, sería de 30 años, de esta forma conseguían mantener más tiempo en la cárcel a los presos que hubiesen sido juzgados por varios delitos, entre ellos los que hubiesen llevado a cabo atentados terroristas.

El 21 de octubre de 2013, la Gran Sala del Tribunal Europeo de Derechos Humanos resolvió un recurso presentando por Inés del Río, una condenada por terrorismo perteneciente a ETA, en el cual se explicitaba que la aplicación de la doctrina Parot con carácter retroactivo vulneraba el artículo 5 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. El fallo a favor del recurso presentado hizo que tanto ella como otros miembros de la banda terrorista saliesen de prisión junto con otros presos condenados por diversos delitos.

Como se puede observar en la tabla 2.2, las detenciones de miembros o colaboradores de ETA ha sido algo constante a lo largo de los últimos 14 años (datos del

Ministerio de Interior, 2015). El descenso en el número de detenciones entre los años 2011-2014 coincide con el hecho de que no se hayan producido atentados en los últimos años, habiéndose llevado a cabo el último atentado de la banda en el año 2010.

Tabla 2.2. Número de miembros o colaboradores de ETA detenidos por año, desde 2000 a 2014 (datos extraídos de la página web del Ministerio de Interior, 2015)

Año	Número de miembros o colaboradores de ETA detenidos
2000	75
2001	135
2002	123
2003	126
2004	146
2005	88
2006	43
2007	125
2008	86
2009	124
2010	113
2011	53
2012	32
2013	51
2014	30

Pero la lucha antiterrorista no se ha centrado solo en las detenciones de miembros de ETA, sino que desde los atentados del 11-M en Madrid se ha intensificado la lucha contra el terrorismo islamista o yihadista, sin duda la mayor amenaza terrorista actualmente no solo en España sino en el mundo (START, 2015). Efectivamente, como puede verse en la tabla 2.3, desde los atentados del 11-M en Madrid hasta 2014 se han detenido 528 terroristas o colaboradores islamistas. Es más, dejando al margen el año 2004 en el que produjo un número anormalmente alto de detenidos yihadistas (131) probablemente relacionado con los colaboradores de los atentados del 11-M, en el período 2005-2009 se produjeron 302 detenidos, tan solo un 35% menor que los 466 colaboradores o terroristas etarras detenidos en ese mismo período (véase la tabla 2.3).

Tabla 2.3. Número de terroristas o colaboradores yihadistas detenidos en España por año, desde los atentados del 11-M en 2004 a 2014 (datos extraídos de la página web del Ministerio de Interior, 2015)

Año	Número de terroristas islamistas detenidos en España
2004	131
2005	92
2006	59
2007	51
2008	62
2009	40
2010	12
2011	17
2012	8
2013	20
2014	36

2.5. La atención y reconocimiento a las víctimas del terrorismo en España

La atención a las víctimas del terrorismo en España no ha sido siempre como en la actualidad, por ello, Rodríguez Uribes (2013) divide la evolución del modelo español de atención a víctimas de terrorismo en cuatro fases: “la negación de las víctimas”, “el aumento de la conciencia colectiva, la compasión, la empatía o la sensibilidad hacia las víctimas”, “la solidaridad con las víctimas” y “el tiempo de los derechos de las víctimas”.

a) Primera etapa: “la negación de las víctimas”

Rodríguez Uribes (2013) sitúa la primera etapa en los años setenta del siglo XX, y la denomina “la negación de las víctimas” que coincidiría con los denominados “años de plomo” debido al gran número de atentados terroristas, así como de fallecidos a causa de los mismos, en esta época. En esta etapa comenta que hay una gran estigmatización de las víctimas, que son señaladas por los victimarios como “chivos expiatorios” (Rodríguez Uribes, 2013). En esta época se escuchaba la frase “algo habrá hecho” como queriendo decir que había personas que merecían esa muerte (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

Hay una irrelevancia moral, social, política e incluso jurídica de las víctimas. ETA surgió cuando aún vivía Franco. Al ser esta una época de represión y restricción de libertades, ETA tenía cierto apoyo social, sobre todo en sectores nacionalistas que veían sus actuaciones como un movimiento revolucionario. La represión ilegítima del Estado y las actuaciones de bandas paraestatales o parapoliciales de extrema derecha (como la Triple A, el Batallón Vasco Español o los GAL) contra los victimarios, les convierte en víctimas, haciendo que tengan un mayor apoyo social (Rodríguez Uribes, 2013).

En el año 1981 se constituyó la Asociación de Víctimas del Terrorismo (AVT), que en estos primeros momentos contó con muy pocos apoyos. Esta sería la única asociación de víctimas de terrorismo existente hasta los años 90 del siglo XX.

Además, durante los primeros años en los que comenzó a actuar ETA, apenas se daba importancia en los medios de comunicación a los asesinatos llevados a cabo (Calleja y Sánchez-Cuenca, 2006).

b) Segunda etapa: “el aumento de la conciencia colectiva, la compasión, la empatía o la sensibilidad hacia las víctimas”

Rodríguez Uribes (2013) sitúa el comienzo de la segunda etapa a mediados de los 80 del siglo XX, y correspondería con lo que él denomina “el aumento de la conciencia colectiva, la compasión, la empatía o la sensibilidad hacia las víctimas”. Aunque ya había habido algún precedente, en esta época comienza a haber más ataques indiscriminados y masivos, lo cual transmite la percepción de que todos somos objetivos potenciales del terrorismo, que le puede afectar a cualquiera. Estos hechos, unidos a otros como el asesinato de Yoyes, la colaboración antiterrorista francesa o los avances en derechos, hacían cada vez más injustificables las actuaciones de ETA, pero las manifestaciones públicas de rechazo al terrorismo y los movimientos ciudadanos aún eran muy escasos, y tampoco había actos institucionales. Se da por tanto una compasión hacia los que sufren el terrorismo, pero no una solidaridad con ellos (Rodríguez Uribes, 2013). Es importante señalar que en estos años se continúa con el código penal del franquismo.

c) Tercera etapa: “la solidaridad con las víctimas”

La tercera etapa, que nombra como *“la etapa de la solidaridad con las víctimas”*, comienza a finales de los años 80 del siglo pasado. El antifranquismo quedó en el olvido. Atentados masivos como el del Hipercor de Barcelona o el de la casa cuartel de Zaragoza conmocionan a la sociedad española. En el año 1996, entra en vigencia la Ley 13/1996, en la que se establecen distintas medidas fiscales, administrativas y del orden social que recogen el régimen ordinario de indemnizaciones. En 1999, se crea la Ley 32/1999, denominada como Ley de Solidaridad con las víctimas del terrorismo, que recogía el régimen extraordinario de las pensiones y el reconocimiento como víctimas de terrorismo. En esta época comienzan a atribuirse pensiones extraordinarias tanto a heridos como a familiares de los fallecidos en actos terroristas, principalmente viudas e hijos menores de edad. Estas pensiones tienen diversas ventajas: tienen carácter vitalicio, son compatibles con el trabajo, no tributan a hacienda, se aseguran unos mínimos relevantes (el triple del salario mínimo interprofesional) y se actualizan progresivamente con el indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM). Además la Ley 32/1999 establecía que las indemnizaciones fijadas en las sentencias penales que les correspondían a las víctimas serían cubiertas por el Estado en el caso de que los terroristas se declarasen insolventes. Comienzan a aparecer otras asociaciones de víctimas, se crean movimientos cívicos pacifistas, aparecen las primeras fundaciones ligadas a una víctima concreta del terrorismo y, a partir de 1996, estos colectivos, asociaciones y fundaciones comienzan a recibir subvenciones provenientes de la Administración General del Estado. En esta época también fue importante la colaboración de Francia en la lucha antiterrorista. Además en esta etapa se concederán los primeros derechos a las víctimas, obteniendo reconocimiento y compensaciones económicas, aunque aún no se reconoce la reparación integral (Rodríguez Uribe, 2013).

d) Cuarta etapa: “el tiempo de los derechos de las víctimas”

La cuarta etapa, es la denominada como *“el tiempo de los derechos de las víctimas”*. A partir de los atentados del 11 de marzo de 2004 (11-M), comenzaron a aumentar considerablemente los derechos de las víctimas. En el año 2000 se crea la Fundación de Víctimas del Terrorismo así como la Oficina de Víctimas del Terrorismo dependiente del Ministerio de Justicia (con sede en la Audiencia Nacional), y se refuerza

la figura del Fiscal de Víctimas de Terrorismo en la Audiencia Nacional, contándose también con una oficina de información policial y procesal. Pero en el ámbito institucional, el órgano con mayores competencias para la atención a víctimas del terrorismo sería la Dirección General de Apoyo a Víctimas del Terrorismo creada por el Real Decreto 991/2006, que tenía diversas funciones como la colaboración con las fundaciones y asociaciones, la colaboración y cooperación con los órganos competentes de la administración General del Estado con la finalidad de asegurar una protección integral de las víctimas, la colaboración con las oficinas de atención a víctimas del terrorismo que se establezcan en tribunales y fiscalías, la tramitación de los expedientes de ayudas y la facilitación de información para la solicitud de ayudas. Además se crea la Federación de Asociaciones Autonómicas de Víctimas del Terrorismo y se fundan otras asociaciones territoriales de víctimas, así como asociaciones específicas de víctimas del 11-M. La presencia pública de estas asociaciones y fundaciones es mucho mayor que en otras épocas, siendo también mayor su financiación pública (Rodríguez Uribes, 2013). En 2008 se celebra el I Simposio sobre Víctimas de Terrorismo de la ONU.

En esta etapa aumentan los derechos en cuanto a la reparación cualitativa con cuestiones económicas, atención médica y psicológica, y los acompañamientos judiciales y preparación psicosocial en procesos penales relacionados con los atentados terroristas. En cuanto a las cuestiones económicas, se facilita el apoyo en el acceso a la vivienda pública y al empleo, la justicia gratuita, las becas para el estudio, exenciones de tasas académicas y tutores especiales. También se lleva a cabo una financiación médico-quirúrgica y apoyo psicológico para el tratamiento del estrés postraumático y de otras secuelas. Se comienza a localizar a las víctimas, notificándoles la fecha de celebración del juicio, se les acompaña al juicio si lo desean y se les remiten las sentencias, explicándoles el contenido de las mismas y las posibilidades de indemnización. Aquellas víctimas que resultaron heridas, también son acompañadas en sus visitas a los médicos forenses, las visitas a domicilio con atención personalizada, profesional y continuada en el tiempo (Rodríguez Uribes, 2013).

Además, se crea el programa de localización de víctimas llevado a cabo por la Dirección General de Víctimas de Terrorismo del Ministerio de Interior con la finalidad de que ninguna víctima del terrorismo en España quede sin su compensación y reconocimiento, se extiende la reparación a nuevos colectivos como víctimas del

terrorismo en operaciones de paz y de seguridad o parejas de hecho con independencia de su orientación sexual, se disminuye la burocracia y se conceden nuevos derechos (Ley 29/2011), promocionando el reconocimiento y la concesión de condecoraciones (Rodríguez Uribes, 2013).

También se incrementan los derechos en cuanto a la reparación cuantitativa, aumentando las indemnizaciones y subvenciones, incluyendo la reparación a víctimas españolas que han sido objeto de terrorismo en otros países (Rodríguez Uribes, 2013).

En cuanto a los derechos judiciales, en 2010 hay una reforma del código penal por la que se establece la imprescriptibilidad de los delitos de terrorismo con resultado de muerte (aunque estas modificaciones no se pueden aplicar con carácter retroactivo), pasa a considerarse delito la apología del terrorismo, la humillación a las víctimas y la amenaza de terrorismo, se exige la petición de perdón del condenado por terrorismo para obtener beneficios penitenciarios, y desde 2005 se conceden penas accesorias de alejamiento, evitando de este modo que el terrorista pueda residir o abrir un negocio cerca de la vivienda de la víctima como hubo casos en los que ocurrió en las anteriores etapas (Rodríguez Uribes, 2013).

En septiembre de 2011 se aprueba la Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo. Con esta ley también se considera víctima de terrorismo a los victimarios que han sido posteriormente víctimas de grupos parapoliciales o paraestatales, los cuales tendrían los mismos beneficios excepto las condecoraciones que materializan el honor y reconocimiento simbólico como víctima de terrorismo, y se concede la nacionalidad española a los extranjeros que hayan sido víctimas de terrorismo en España, al tiempo que se cubre a los españoles que han sido víctimas de terrorismo en el extranjero. Cuando el victimario se declara insolvente el Estado cubre la indemnización, así como en los casos que no exista una sentencia penal condenatoria, garantizando un mínimo (que fijan en 250.000 euros en caso de fallecimiento) y un máximo indemnizatorio (500.000 euros en caso de fallecimiento) y estableciendo el carácter retroactivo de las ayudas económicas, por lo que se abonaría la diferencia en los casos de las personas que anteriormente hubiesen recibido indemnizaciones inferiores al mínimo establecido, así como cubrir las indemnizaciones de aquellas personas que no las hubiesen recibido. También establece un reconocimiento y

reparación fundamentalmente moral de los amenazados por bandas terroristas, e incluso económica cuando se dan ciertos requisitos o hay una sentencia penal que así lo establezca. Esta ley asegura el apoyo integral, mediante la atención sanitaria y psicosocial tanto de las víctimas directas, como de sus familias, no solo en los primeros momentos tras el atentado, sino también a lo largo del tiempo, y ampliando los derechos sociales en los ámbitos de vivienda, empleo y educación. En cuanto los procesos judiciales la ley establece el principio de mínima lesividad, a la vez que fortalece el derecho a la información y asistencia jurídica gratuita. Se reconoce y promueve la visibilidad de las víctimas. La ley también tendría una parte moral, en la cual el eje principal sería la visión de las víctimas de terrorismo como víctimas de violaciones de los derechos humanos. Se prohíbe el enaltecimiento del terrorismo, a la vez que se insta al Estado a impulsar medidas para el recuerdo y reconocimiento de las víctimas del terrorismo. Se establece una protección a la dignidad de las víctimas compatible con el derecho a la información en los medios de comunicación. Se celebran conmemoraciones a las víctimas como parte de la memoria colectiva, como garantía de no repetición. Estableciéndose tres fechas importantes, en este sentido. El día de las víctimas del terrorismo en el País Vasco, el 11 de noviembre, el día Nacional el 27 de junio y el Día Europeo el 11 de marzo (Rodríguez Uribe, 2013).

Actualmente, la AVT cuenta con una población asociada que supera las 4.000 personas, lo cual también es algo significativo respecto a cómo ha ido aumentando el apoyo entre las víctimas y su asociación para tratar de conseguir más derechos.

Resumiendo todo lo comentado, podemos decir que las primeras víctimas del terrorismo en España, apenas recibieron atención durante los primeros años. Entonces eran completos desconocidos para la sociedad, apenas salían en los medios de comunicación, no había actos de repulsa hacia el terrorismo y no se les ofrecía una atención integral. Y aunque se ha tratado de hacer una reparación de las víctimas con carácter retroactivo, algunas de ellas vivieron una sensación de desamparo durante los primeros años. Las diferencias que ha habido entre unas y otras, ha llevado en ocasiones a hacer agravios comparativos entre ellas. Pero en la actualidad podemos decir que se ha avanzado mucho, generando una reparación integral de las víctimas, pero también a nivel moral incrementando el apoyo de la sociedad, así como el rechazo al terrorismo.

Capítulo 3

Consecuencias psicopatológicas del terrorismo y otros desastres o catástrofes

3.1. El terrorismo como desastre o catástrofe

Como ha comentado en el capítulo 1, cada año un número significativo de atentados terroristas son masivos y se cobran la vida de muchas personas y dejan heridas a muchas otras. Por ejemplo, entre 2005 y 2011 hubo una media anual de 246 atentados terroristas que provocaron la muerte de 10 o más personas (véase la tabla 1.6). Es más, respecto al año 2013, durante el pasado año 2014 se produjo un incremento muy importante de los atentados masivos, de manera que en 2013 se cometieron 320 atentados en los que fallecieron 10 personas o más y en 2014 casi se duplicó esa cifra, llegando a los 561 atentados, mientras que el número de atentados terroristas en los que se asesinó a más de 100 personas incluso se multiplicó por 10, pasando de 2 atentados de estas características en 2013 a 20 atentados en 2014 (START, 2015).

Estos atentados terroristas masivos pueden considerarse perfectamente como desastres o catástrofes. De hecho, como se verá en los capítulos siguientes, los atentados terroristas acerca los cuales se tiene más información sobre sus consecuencias psicopatológicas han sido casi exclusivamente atentados masivos con un número de víctimas mortales muy superior a 10 (p. ej., los atentados del 11 de septiembre de 2011 en Nueva York y Washington, los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid, etc.). Por tanto, dado que existe una literatura científica relativamente importante sobre las consecuencias psicopatológicas de los desastres y catástrofes y dado que la mayoría de la literatura científica sobre las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas se ha centrado en atentados terroristas masivos que podrían considerarse además como desastres o catástrofes, merece la pena relacionar ambas literaturas y tener en cuenta qué se sabe sobre, por ejemplo, los factores que influyen en la presencia de problemas o trastornos psicológicos tras haber sufrido un desastre o una catástrofe, para así poder contextualizar y tener una perspectiva mejor sobre los factores que pueden influir en la presencia de problemas o trastornos psicológicos tras un atentado terrorista.

El concepto de desastre y el de catástrofe, tal y como se ha visto con el concepto de terrorismo, tampoco tienen una definición clara y sobre la cual haya un consenso importante entre los investigadores y expertos.

Podemos tomar como referencia del concepto de desastre las definiciones realizadas por la Cruz Roja, puesto que esta es una de las organizaciones que más ha trabajado en labores de socorro, rescate y asistencia en desastres a nivel mundial. En 1973, la Cruz Roja Americana afirmaba que “un desastre es un suceso como un huracán, un tornado, una tormenta, una inundación, una marea alta, una marejada ciclónica, un maremoto, un terremoto, una sequía, una tormenta de nieve, la peste, el hambre, un incendio, una explosión, el derrumbe de un edificio, un accidente de transporte u otra situación que cause sufrimiento humano o cree necesidades humanas que las víctimas no puedan aliviar sin ayuda” (American Red Cross, 1973, p. 238). Esta definición implica que un desastre es cualquier tipo de acontecimiento que ocasione destrucción y sufrimiento e imponga demandas que superen la capacidad de la comunidad para satisfacerlas de la manera habitual. Posteriormente, en un documento de 2004, la Cruz Roja asumía la definición del Centro para la Investigación en la Epidemiología de los Desastres o CRED (*Centre for Research on the Epidemiology of Disasters*) que incluía unos criterios más específicos para considerar un acontecimiento como un desastre: “El CRED define un desastre como «una situación o acontecimiento que sobrepasa la capacidad local y requiere una petición de ayuda externa a nivel nacional o internacional; un acontecimiento imprevisible y a menudo repentino que causa gran daño, destrucción y sufrimiento humano». Para que un desastre se incluya en su base de datos EM-DAT, debe cumplirse al menos uno de los siguientes criterios: diez o más personas fallecidas; 100 personas afectadas; declaración de estado de emergencia; petición de ayuda internacional” (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2004, p. 168). Esta definición es la que actualmente la Cruz Roja sigue asumiendo, al menos en su último informe anual sobre desastres en el mundo (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2015, p. 211).

Pero es también interesante distinguir, el concepto de desastre y el de catástrofe, ya que son términos que suelen confundirse en el lenguaje coloquial, pero tendrían algunas diferencias.

Quarantelli (2006) estableció una serie de diferencias clave para poder distinguir ambos conceptos. En las catástrofes la mayoría o la totalidad de la estructura comunitaria está fuertemente impactada, viéndose afectadas incluso las instalaciones y bases de

operaciones de la mayoría de las organizaciones de emergencia, mientras que en los desastres solo se verían afectadas partes de la comunidad. En las catástrofes las autoridades locales son incapaces de llevar a cabo su función habitual de trabajo (debido a las pérdidas humanas y de servicios técnicos), y esto a menudo se extiende en el período de recuperación, tomando en muchas ocasiones roles de liderazgo personas externas a la comunidad. La ayuda no puede ser proporcionada por las comunidades cercanas, las cuales a menudo también están afectadas. La mayoría, si no todas, de las funciones comunitarias cotidianas, de lugares de trabajo, ocio, culto y educación, son brusca y simultáneamente interrumpidas, viéndose perturbados sistemas de comunicación y transporte, y recursos como el agua o la electricidad. Hay mucha más cobertura de los medios de comunicación nacionales y esta es más prolongada en el tiempo, en parte debido a que la cobertura local se ve reducida. Finalmente, a causa de los cinco procesos anteriores, el escenario político se vuelve aún más importante. Incluso en desastres muy grandes, una presencia simbólica es a menudo lo único que es necesario, mientras que en las catástrofes, el simbolismo no es suficiente, sobre todo para la sociedad en general. Parece que las diferencias aparecen más a nivel de sociedad que a nivel individual. En el período de recuperación del impacto, en el plano humano individual, la reacción a los desastres y catástrofes es muy similar y en general buena. Sin embargo, a nivel organizacional hay más diferencias; en general, en las catástrofes se va a dar una peor respuesta, puesto que habrá más dificultades para restablecer el funcionamiento normal.

En la literatura científica es común encontrar tanto desastres como catástrofes agrupados en tres categorías: desastres naturales, desastres tecnológicos y violencia masiva o provocados por el hombre de forma intencional (Norris, Friedman, Watson, Byrne, Diaz y Kaniasty, 2002; North, Oliver y Pandya, 2012).

Los desastres/catástrofes naturales son aquellos generados por la naturaleza. Dentro de esta categoría se incluirían aquellos provocados por eventos tales como terremotos, huracanes, ciclones, tornados, riadas, inundaciones, tsunamis, sequías, incendios (cuando estos no han sido provocados por el hombre), erupciones volcánicas o tornados. Un ejemplo que ha sido referenciado en numerosos estudios ha sido el huracán Katrina ocurrido en agosto de 2005, siendo uno de los huracanes más mortíferos ocurridos en los Estados Unidos de América (EE. UU.).

Los desastres/catástrofes tecnológicos, son provocados por el hombre de forma no intencionada. Esta categoría englobaría desastres tales como accidentes nucleares (como el de Chernóbil), derrumbes de edificaciones (como el de los talleres de confección ocurrido Bangladesh en 2013) o accidentes con sustancia químicas (como el ocurrido en la ciudad india de Bophal en una fábrica de pesticidas).

Mientras que la considerada como violencia masiva serían aquellos desastres/catástrofes provocados por el hombre de forma intencionada. Dentro de esta categoría se encontrarían los atentados terroristas masivos (como los atentados de Nueva York y Washington llevados a cabo el 11 de septiembre de 2001 o algunos de los sufridos en España como los de las estaciones de trenes de Madrid el 11 de marzo de 2004 o el del Hipercor de Barcelona el 19 de junio de 1987), pero también otros desastres como los provocados por tiroteos indiscriminados (como los llevados a cabo en EE. UU. en 1999 en el instituto de Columbine, Colorado, o en 2012 en el colegio de Newtown, Connecticut) o guerras (siendo uno de los ejemplos más cercanos la guerra en Siria).

También podemos encontrarnos con eventos en los cuales se mezclan varios tipos de desastre o catástrofe. Un ejemplo claro de esto sería la catástrofe ocurrida en Fukushima, Japón, el 11 de marzo de 2011, donde un desastre natural (terremoto y posterior maremoto) provocó un desastre tecnológico (triple fusión del núcleo de los reactores nucleares de la central nuclear de Fukushima y liberación de radiación al exterior).

Los atentados terroristas, en especial los atentados masivos como los citados anteriormente, y aquellos que son numerosos y se producen de forma continuada sobre la misma población provocando un número considerable de fallecidos, heridos y personas afectadas, forman parte, por tanto, del concepto de desastre; incluso algunos atentados nucleares o biológicos, de producirse, es fácil que pudiesen llegar al nivel de catástrofe. Por estos motivos, es importante analizar las características de los desastres o las catástrofes en cuanto a sus repercusiones psicopatológicas para comprender mejor las consecuencias psicopatológicas de los atentados, tanto aquellas características que son comunes a los distintos tipos de desastre o catástrofes, como las que los diferencian.

La literatura científica ha recogido innumerables datos que demuestran que tras un desastre (o catástrofe) hay una prevalencia considerable de diversos trastornos psicológicos como, por ejemplo, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de angustia, siendo el trastorno por estrés postraumático el más evaluado y observado en los distintos estudios, seguido por el trastorno depresivo mayor (Norris, Friedman, Watson, Byrne, Diaz y Kaniasty, 2002), resultados similares a los encontrados en los estudios que evalúan las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas (Galea, Ahern, Resnick, Kilpatrick, Bucavala, Gold y Vlahov, 2002).

3.2. Comparativa entre las consecuencias psicopatológicas de los distintos tipos de desastre o catástrofe

El primer paso será, por tanto, valorar cuáles son las diferencias en la prevalencia de los trastornos psicológicos entre los distintos tipos de desastres. En este sentido, Norris, Friedman, Watson, Byrne *et al.* (2002) analizaron los resultados de 160 muestras correspondientes a víctimas supervivientes e intervinientes de desastres naturales (55%), desastres tecnológicos (34%) y desastres de violencia masiva (11%), encontrando que un 67% de las muestras de víctimas de violencia masiva se vio gravemente afectada, comparado con un 39% de las muestras evaluadas tras desastres tecnológicos y un 34% de las muestras evaluadas tras desastres naturales.

Además, también encontraron que aquellas personas que resultaron afectadas por violencia masiva son más propensas a verse afectados de forma grave que aquellas afectadas por desastres naturales o tecnológicos, posiblemente debido a que los primeros tipos de desastres son más difíciles de comprender o asimilar, haciendo más probable la aparición de síntomas intrusivos y de evitación (Norris, Friedman y Watson, 2002).

Estos resultados han sido corroborados en otro estudio realizado por North, Oliver y Pandya (2012), en el cual se compararon las repercusiones psicopatológicas en 811 víctimas directas supervivientes de 10 desastres de distintos tipos ocurridos entre 1987 y 1995 en EE. UU. En este estudio las víctimas fueron evaluadas todas ellas por el mismo

equipo entre 1 mes y 6 meses tras el desastre, siendo la media de 3 meses, y se analizaron desastres naturales, accidentes tecnológicos y desastres causados de forma intencionada, concluyendo que la incidencia del trastorno por estrés postraumático relacionado con el desastre fue mayor en los desastres que implicaban una intencionalidad que en aquellos que eran considerados accidentes tecnológicos o desastres naturales. A su vez, el estudio de North, Oliver y Pandya (2012) confirmó que no existían diferencias significativas entre los desastres naturales y los accidentes tecnológicos en cuanto a su asociación con el trastorno por estrés postraumático.

3.3. Factores relacionados con las consecuencias psicopatológicas de desastres o catástrofes

3.3.1. Factores de riesgo y de protección previos al desastre o catástrofe

Tras revisar la literatura científica al respecto, Norris, Friedman y Watson (2002) encontraron que el sexo, la edad, la experiencia previa sobre cómo afrontar un desastre, la etnia, la cultura, el estatus socioeconómico, la estructura familiar, la intensidad de la exposición, la historia de trastornos psicológicos previos al desastre y una gran variedad de recursos psicosociales parecen tener un rol en la salud mental de la persona tras un desastre o una catástrofe (véase la tabla 3.1).

a) Sexo

En diversas revisiones y estudios podemos observar que las mujeres tienden a ser más adversamente afectadas por los desastres, siendo más propensas que los hombres a desarrollar diversos trastornos como, por ejemplo, el trastorno depresivo mayor, el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada y, especialmente, el trastorno por estrés postraumático (North, Smith y Spitznagel, 1994; North, Nixon, Shariat, Mallonee, McMillen, Spitznagel y Smith, 1999; Norris, Friedman y Watson, 2002; North, Oliver y Pandya, 2012), lo cual también se ha observado en algunos estudios sobre atentados terroristas (North, Pfefferbaum, Narayanan, Thielman, McCoy, Dumont, Kawasaki, Ryosho y Spitznagel, 2005; Bleich, Gelkopf y Solomon, 2003; DiGrande, Neria, Brackbill, Pulliam y Galea, 2010; Dimaggio y Galea, 2006; Njenga,

Nicholls, Nyamai, Kigamwa y Davidson, 2004; Page, Kaplan, Erdogan y Guler, 2009), habiendo estudios que concluyen que estas diferencias son significativas para el trastorno por estrés postraumático, la agorafobia y el trastorno de angustia (Conejo-Galindo, Medina, Fraguas, Terán, Sainz-Cortón y Arango, 2008).

Tabla 3.1. Factores de riesgo para problemas de salud mental tras la vivencia de un desastre (tomado de Norris, Friedman y Watson, 2002)

Categoría	Factor de riesgo
Trauma y estrés	Exposición intensa al desastre, especialmente las personas que resultaron heridas, que vieron amenazada su vida y que vivieron una pérdida extrema
	Vivir en un vecindario o comunidad altamente desorganizado o traumatizado
	Alto nivel de estrés secundario, independientemente de si es de naturaleza aguda o crónica
Características del superviviente	Género femenino
	Si es un adulto superviviente, una edad de 40-60 años
	Poca experiencia previa relevante para hacer frente al desastre
	Pertenencia a un grupo étnico minoritario
	Bajo estatus socioeconómico
Contexto familiar	Historia psiquiátrica previa al desastre
	En adultos supervivientes la presencia de niños viviendo en la casa, y además en el caso de las mujeres, la presencia de un esposo
	En niños supervivientes, la presencia de malestar psicológico parental
	La presencia de un miembro en la familia que esté significativamente afligido
Recursos	Conflicto interpersonal o falta de una atmósfera de apoyo en el hogar
	Carencia o pérdida de creencias en sus propias habilidades para afrontar la situación y controlar las consecuencias
	Recursos sociales escasos, débiles o deteriorados

Algunos estudios apuntan que este efecto del género mientras si aparece en muestras de civiles, no se presenta en muestras de militares (Brewin, Andrews y Valentine, 2000) por lo que debemos analizar siempre el tipo de muestra y su grado de exposición al evento traumático.

Si lo analizamos desde el punto de vista de la resiliencia, las mujeres resultan ser

menos de la mitad de propensas a ser resilientes tras la vivencia de un desastre que los hombres (Bonano, Galea, Bucciarelli y Vlahov, 2007).

Esta tendencia a presentar más patología en el caso de las mujeres, tiene excepciones, como el hecho de que los hombres sean más propensos a presentar abuso y dependencia de alcohol (North, Ringwalt, Downs, Derzon y Galvin, 2011; North, Smith y Spitznagel, 1994) esto también aparece en estudios concretos realizados con víctimas de atentados terroristas (DiMaggio y Galea, 2006).

b) Edad

En la mayoría de los estudios analizados por Norris, Friedman, Watson, Byrne *et al.* (2002) el riesgo disminuye con la edad. Esto también se cumpliría en algunos estudios concretos con víctimas de atentados terroristas (DiGrande, Neria, Brackbill, Pulliam y Galea, 2010; Galea, Vlahov, Tracy, Hoover, Resnick y Kilpatrick, 2004). Esta tendencia no parece guardar una relación con las experiencias previas, como cabría esperar (Thompson, Norris y Hanacek, 1993).

Bonano *et al.* (2007) apuntan además, que las personas mayores de 65 no solo son menos propensas a padecer trastorno por estrés postraumático, sino que además son 3 veces más propensas a ser resilientes que la gente de entre 18 y 24 años.

Estos datos deben ser tomados con cautela y analizar otras posibles variables relacionadas, puesto que hay otros estudios que valoran como más vulnerables a las personas de entre 55-64 (Phifer, 1990).

c) Acontecimientos vitales estresantes previos al desastre

Es importante señalar que la variable edad, puede combinarse con el hecho de haber tenido experiencias previas similares. En algunos estudios se puede observar como el haber sufrido desastres previos, puede servir para estar más preparado ante otras posibles amenazas (Norris, Smith y Kaniasty, 1999).

Esta relación, tiende a ser curvilínea, es decir, que la acumulación de acontecimientos vitales estresantes, hasta un nivel moderado, tendería a disminuir el nivel de malestar psicológico y deterioro funcional, así como la sintomatología de estrés postraumático. Sin embargo, cuando la acumulación de estos acontecimientos es elevada, las tres variables mencionadas tenderían a incrementar de nuevo. Por lo tanto, podríamos concluir que la exposición moderada a acontecimientos adversos tendría un efecto positivo, contribuyendo a la resiliencia (Seery, Holman y Silver, 2010).

A su vez, el estrés vital percibido en el presente por la persona evaluada y las experiencias traumáticas previas, se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por estrés postraumático (Brewin Andrews y Valentine, 2000).

Al analizar el efecto de factores de este tipo es importante tomar en cuenta el tipo de víctima que estamos evaluando. Por ejemplo, en personas que actuaron como intervinientes en un desastre, la exposición a eventos traumáticos previos al desastre y diferentes al mismo se asocia con un mayor nivel de malestar psicológico percibido, mientras que el hecho de haber vivido acontecimientos similares no parece relacionarse con menores niveles de estrés (Dougal, Herberman, Delahanty, Inslicht y Baum, 2000).

d) Historia de trastornos psicológicos previos al desastre

Algunos estudios encuentran que también la salud mental previa al desastre es otro factor a tener en cuenta, siendo más propensa a padecer un trastorno la población que ya había padecido el trastorno con anterioridad (Phifer, 1990; North *et al.*, 1999; North *et al.*, 2012), por ejemplo, el hecho de haber tenido trastorno por estrés postraumático en el pasado es un factor de riesgo para desarrollar un trastorno por estrés postraumático tras vivir un desastre (Norris, Friedman y Watson, 2002).

Un estudio con trabajadores del sector público, los cuales fueron destinados al World Trade Center, tras los atentados del 11 de septiembre de 2001, obtiene como resultados, al analizar los factores de riesgo, que el tener un trauma e historia psiquiátrica previos al atentado explicaría un 8% de la varianza de la sintomatología de estrés postraumático (Cukor, Wyka, Jayasinghe, Weathers, Giosan, Leck, Roberts, Spielman, Crane y Difede, 2011).

e) Estatus socioeconómico

La literatura científica también apoya el hecho de que el estatus socioeconómico influye en la salud mental tras la vivencia de un desastre. En el estudio de Norris, Friedman, Watson, Byrne *et al.* (2002), se analizan 14 estudios en los que se mide esta influencia, concluyendo que en un 93% de los estudios analizados, un bajo estatus socioeconómico (medido con indicadores como el nivel de educación, nivel de ingresos o prestigio de su profesión) se encuentra asociado con la percepción de un nivel de malestar psicológico más elevado tras un desastre.

Esto también se observa en estudios concretos con víctimas de terrorismo, pudiendo concluir que el hecho de tener menores ingresos se relaciona con mayor riesgo de padecer algunos trastornos psicológicos como en trastorno por estrés postraumático, tras vivir un atentado terrorista (Bleich, Gelkopf y Solomon, 2003; DiGrande, Neria, Brackbill, Pulliam y Galea, 2010; Galea, Vlahov, Tracy, Hoover, Resnick y Kilpatrick, 2004).

El hecho de padecer dificultades financieras también aparecería como un factor de riesgo en algunos estudios (Njenga, Nicholls, Nyamai, Kigamwa y Davidson, 2004).

f) Nivel educativo

Parece haber también una tendencia relacionada con el nivel educativo, presentando mayor sintomatología los grupos con menor nivel educativo (Njenga, Nicholls, Nyamai, Kigamwa y Davidson, 2004).

Presentan, por ejemplo, en un estudio con víctimas del atentado del 11 de septiembre de 2001, una mayor prevalencia de trastorno por estrés postraumático y trastorno depresivo mayor, aquellas víctimas sin estudios universitarios, presentando una prevalencia menor aquellas que sí tienen estudios universitarios, y aún menor aquellas con estudios de posgrado (Galea, Ahern, Resnick, Kilpatrick, Bucuvalas, Gold y Vlahov, 2002).

g) Estado civil

Hay estudios que señalan el hecho de estar casado como factor de protección; así como el no estarlo, es decir estar soltero, separado, divorciado o viudo, como un factor de riesgo (Tierney y Baisden, 1979; Kun, Tong, Liu, Pei y Luo, 2013). Concretamente Kun *et al.* (2013), al examinar estos factores en áreas altamente afectadas por un terremoto, concluyen, que aquellas personas que están casadas presentan un 10% menos de probabilidad de desarrollar síntomas de estrés postraumático, al compararlos con aquellos que no se han casado, están divorciados o están viudos.

Sin embargo, Norris, Friedman, Watson, Byrne *et al.* (2002) examinan 19 artículos en los que se analiza el efecto de estar casado, en función del sexo. Comentan que es un factor de riesgo para las mujeres, mientras que en ocasiones ocurre lo contrario en hombres. Por lo que, de nuevo, es importante tener en cuenta la combinación de varios factores.

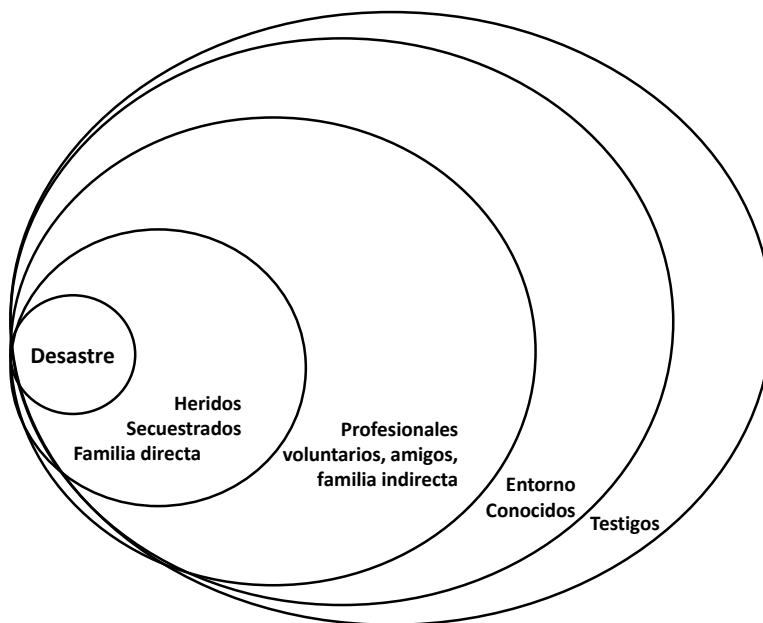
En algunos estudios con víctimas de terrorismo se observa que el hecho de estar divorciado o separado podría ser considerado como factor de riesgo para padecer trastorno por estrés postraumático. También presentarían una prevalencia elevada, aunque algo menor que los anteriores, los viudos, seguidos por los no casados. Siendo los actualmente casados los que presentarían una menor prevalencia, pudiendo considerarse este como un factor de protección (DiGrande, Neria, Brackbill, Pulliam y Galea, 2010), otros estudios apuntan datos similares señalando que divorciados y separados presentan una mayor prevalencia de trastorno por estrés postraumático, que viudos y estos a su vez que casados, presentando más prevalencia que todos los grupos anteriores las parejas no casadas (Galea, Vlahov, Resnick, Ahern, Susser, Gold, Bucuvalas y Kilpatrick, 2003). También se presenta el hecho de ser soltero, o tener pareja pero no estar casados, como factor de riesgo en otros estudios (Njenga, Nicholls, Nyamai, Kigamwa y Davidson, 2004; Person, Tracy y Galea, 2006), pudiendo por tanto, ser considerado a nivel general el hecho de estar casado como un posible factor de protección, puesto que en muchos estudios se señala el estado civil de casado como el que menores niveles de sintomatología presenta (Razik, Ehring y Emmelkamp, 2013).

3.3.2. Factores de riesgo y de protección relacionados con las características del desastre o catástrofe

a) Tipo de víctima

Dentro de la población expuesta a un desastre podemos encontrar distintos grados de exposición, por lo que es importante distinguir el tipo de víctima. Puesto que, puede ser una víctima directa, es decir, que haya experimentado el desastre ella misma, haber perdido a algún familiar o amigo a causa del desastre, haber perdido su casa o cualquier otra propiedad, ser un miembro de la comunidad afectada, haber sido miembro interviniente en el desastre, o simplemente haber presenciado el desastre a través de los medios de comunicación.

Figura 1. Grados de exposición al desastre



North *et al.* (2012) señalaron que la prevalencia de trastorno por estrés postraumático es aproximadamente dos veces mayor entre aquellos que fueron expuestos directamente al desastre, que en aquellos expuestos solo a las consecuencias del mismo.

Si comparamos los distintos tipos de muestra podemos ver que, en general, el riesgo es mayor en el caso de los supervivientes a un desastre que en el caso de los intervinientes (Norris, Friedman y Watson, 2002).

Según la literatura científica el trastorno por estrés postraumático aparece en el 30-40% de las víctimas directas de desastres, en el 10-20% de los trabajadores de rescate y en el 5-10% de la población general (Neria, Nandi y Galea, 2007).

Al observar los análisis realizados, es importante tener en cuenta que en muchos estudios se mezclan distintos tipos de intervinientes, con grados muy distintos de exposición al evento traumático. Algunos intervinientes, como los profesionales y voluntarios de equipos de rescate y personal sanitario, pueden estar expuestos al desastre de forma directa, viendo cuerpos de fallecidos y heridos, así como el caos y destrucción creado por el desastre.

Otros intervinientes, tendrían un grado de exposición muy diferente, como podría ser el personal de salud mental que atiende a las víctimas de los desastres. Aunque la vivencia del desastre sea muy distinta, este también sería un grupo a tener en cuenta, puesto que estarían expuestos a un trauma vicario.

Además, no debemos dar por hecho que todos los intervinientes, por formar parte de equipos similares, van a tener la misma vivencia del desastre. En el momento en el que fallecen algunos compañeros en el desastre, como ocurrió por ejemplo en el caso de los bomberos que acudieron a las torres gemelas en los atentados del 11 de septiembre de 2001 en EE. UU., ya no podemos codificarlos únicamente intervinientes, puesto que son compañeros de fallecidos en el desastre. Muchos de ellos, incluso puede que estuviesen expuestos a daños físicos o vieran peligrar su vida. Estos últimos, además de ser intervinientes, deberían pasar a ser considerados también como víctimas directas.

Algunos estudios apuntan a que los factores de riesgo pueden variar en función del tipo de víctima (Lindeman, Saari, Verkasalo y Prytz, 1996).

La literatura científica en la que se evalúan las consecuencias psicopatológicas en víctimas de atentados terroristas, pone de manifiesto que las víctimas directas son más

propensas a padecer trastornos que las afectadas de forma indirecta (Person, Tracy y Galea, 2006; Salguero, Cano-Vindel, Iruarrizaga, Fernández-Berrocal y Galea, 2011).

b) Nivel de exposición

En la literatura científica podemos encontrar distintas formas de medir la intensidad de la exposición. Una sería tomando en cuenta el número de estresores como la vivencia de un duelo, haber resultado herido él o un miembro de su familia, haber sentido amenazada su vida o haber tenido miedo, haber sentido pánico durante el evento traumático, o haber sufrido respuestas peritraumáticas, sentido horror durante el evento traumático, separación de la familia, daños a alguna propiedad o pérdida financiera, reubicación o exposición colectiva (Norris, Friedman, Watson, Byrne *et al.*, 2002).

Generalmente, se encuentra que cuando el número de estresores es mayor, también aumenta la sintomatología, y que las medidas ordinales de la intensidad de la exposición también predicen cambios respecto a esta sintomatología (Norris, Friedman, Watson, Byrne *et al.*, 2002).

Aunque es difícil valorar cual es el impacto de cada uno de estos estresores y compararlos entre sí, puesto que en muchos casos interaccionan entre ellos, pero es importante señalar que los distintos estresores pueden influir de forma muy distinta en la salud mental de la persona. Por ejemplo, la pérdida de una persona produce un incremento del afecto negativo y la destrucción de la comunidad tiene más influencia en la disminución del afecto positivo (Norris, Friedman, Watson, Byrne *et al.*, 2002).

En algunos estudios se ha observado una asociación significativa del trastorno por estrés postraumático con el haber resultado herido o haber perdido un miembro de la familia o un amigo en el desastre (North *et al.*, 2012). Observándose también una relación de este trastorno con el número de víctimas mortales causados por el desastre (Rubonis y Bickman, 1991), lo cual no ocurre con el número de heridos (North *et al.*, 2012).

También se ha encontrado que los síntomas de trastorno por estrés postraumático

son más comunes en áreas gravemente afectadas, que en las moderadamente afectadas (p. ej. Kun, Tong, Liu, Pei y Luo, 2013).

Aquellas víctimas que desarrollan depresión mayor u otro/s trastorno/s de ansiedad distintos de trastorno por estrés postraumático parece que han tenido un mayor grado de exposición al desastre y mayores daños físicos causados por el accidente (Maes, Mylle, Delmeire y Altamura, 2000).

También hay estudios que evalúan como se relacionan estas variables, cuando el hecho traumático es específicamente un atentado terrorista, con la prevalencia de trastornos. DiGrande en uno de sus estudios sobre los atentados del 11 de septiembre de 2001, evalúa el riesgo de trastorno por estrés postraumático entre los supervivientes, concluyendo que este es mayor en aquellos que han experimentado una amenaza a su vida, definiendo esta amenaza a través de tres variables; localización en las torres, tiempo de evacuación y exposición a la nube de polvo. Encontrando, también fuertes relaciones entre haber presenciado los atentados con horror o haber tenido lesiones continuadas en el tiempo y el trastorno por estrés postraumático (DiGrande, Neria, Brackbill, Pulliam y Galea, 2010).

El grado de amenaza percibido por la víctima, se ha valorado además como un factor de riesgo para padecer trastorno por estrés postraumático, en otros estudios con víctimas de otros atentados terroristas (Page, Kaplan, Erdogan y Guler, 2009; Razik, Ehring y Emmelkamp, 2013), así como el hecho de haber resultado herido, haber estado expuesto a cuerpos de fallecidos, también se han apuntado como predictores de una mayor prevalencia de trastorno por estrés postraumático y trastorno depresivo (Page, Kaplan, Erdogan y Guler, 2009).

Cukor *et al.* (2011) concluyen que las variables relacionadas con la exposición al atentado terrorista explicarían un 8% de la varianza de la sintomatología de estrés postraumático.

c) Presencia de sintomatología marcada durante el evento traumático

Se ha encontrado que la presencia de fuertes reacciones emocionales en el momento del evento traumático, como pueden ser ataques de pánico, estaría relacionado con el hecho de padecer psicopatología en el futuro (Galea, Ahern, Resnick, Kilpatrick, Bucavala, Gold y Vlahov, 2002; Galea, Vlahov, Tracy, Hoover, Resnick y Kilpatrick, 2004; Person, Tracy y Galea, 2006).

3.3.3. Factores de riesgo y protección tras el desastre o catástrofe

a) Apoyo social

La ausencia, o el bajo apoyo social subjetivo se ha asociado a menudo con trastorno por estrés postraumático (Davidson, Hughes, Blazer, y George, 1991).

También hay estudios que apuntan que las personas que no evitan aquello que les recuerda a la experiencia vivida o hablar con otros sobre ello, así como aquellas que tienen un mayor apoyo social tras un evento traumático pueden tener más facilidad para recuperarse de las experiencias, así como menos propensión a desarrollar trastorno por estrés postraumático (Koenen, Stellman, Stellman y Sommer, 2003).

La relación del apoyo social con la resiliencia no está tan clara. Aunque los estudios apuntan que el involucrarse en grupos y organizaciones no está relacionado con la resiliencia, mientras que bajos niveles de apoyo social percibido se relacionan con menor probabilidad de ser resiliente (Bonanno, Galea, Bucciarelli y Vlahov, 2007).

Parece haber diferencias en función de la edad en cuanto a este punto. La gente joven recibe y proporciona un apoyo social importante. La gente mayor generalmente recibe menos apoyo social, pero también ellos proporcionan menos, por lo que ambos grupos guardan un equilibrio entre el apoyo social aportado y el percibido. Mientras la gente de mediana edad también reciben una cantidad considerable de apoyo social, pero ellos proporcionan aún más (Thompson *et al.*, 1993).

El trauma originado por un desastre está relacionado con una menor creencia en la eficacia de la ayuda mutua, y la pérdida material se relaciona con niveles más bajos de cohesión comunitaria tras el desastre (Kaniasty, 2012).

En el caso concreto de atentados si se ha encontrado una relación entre niveles bajos de apoyo social y la presencia de diagnósticos de trastorno por estrés postraumático y depresión (Galea, Ahern, Resnick, Kilpatrick, Bucuvalas, Gold y Vlahov, 2002; Galea, Vlahov, Resnick, Ahern, Susser, Gold, Bucuvalas y Kilpatrick, 2003; Galea, Vlahov, Tracy, Hoover, Resnick y Kilpatrick, 2004). Otros estudios no encuentran relación entre el apoyo social y el trastorno por estrés postraumático, pero sí encuentran que mayores niveles de apoyo social están relacionados con niveles más bajos de ansiedad y depresión (Razik, Ehrling y Emmelkamp, 2013).

b) Eventos estresantes experimentados tras el desastre/catástrofe

Experimentar otros eventos estresantes después de la catástrofe también se asocia con el desarrollo de trastorno por estrés postraumático (North *et al.*, 2012).

En muchos casos, se experimentan traumas secundarios relacionados con los desastres, y las asociaciones entre exposición al desastre y trastornos de ansiedad y del estado de ánimo se relacionan con estos estresores (Kessler, McLaughlin, Koenen, Petuknova, Hill y The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2012).

También se han asociado un elevado número de condiciones médicas a una mayor psicopatología en los supervivientes a desastres, al compararlos con grupos control (Zaetta, Santonastaso y Favaro, 2011).

Así como el trastorno estrés postraumático también se ha relacionado con algunos problemas de salud crónicos, como el cáncer de mama (Amir y Ramati, 2002), asma bronquial, úlcera péptica e hipertensión (Davidson, Hughes, Blazer y George, 1991). Las enfermedades cardiovasculares se han asociado con los síntomas de hiperactivación del trastorno por estrés postraumático (Zaetta, Santonastaso y Favaro, 2011). Así mismo, la ausencia de enfermedades crónicas se asocia con resiliencia (Bonanno, Galea, Bucciarelli y Vlahov, 2007).

El hecho de que haya secuelas debidas a las lesiones producidas por el desastre también puede ser un factor de riesgo, así como el hecho de la imposibilidad de trabajar debido a las lesiones (Njenga, Nicholls, Nyamai, Kigamwa y Davidson, 2004).

3.3.4. Combinación de distintos factores de riesgo y de protección

Cuando no hay gran número de heridos y fallecidos, la destrucción o pérdida de propiedad pequeña comparada con los recursos de la comunidad, los sistemas de apoyo social permanecen intactos y funcionan correctamente, y en el evento no ha habido negligencia o intención maliciosa, los desastres suelen tener unas consecuencias mínimas para la salud mental de la población, aparte de aquellas reacciones transitorias de estrés de los primeros momentos (Norris, Friedman y Watson, 2002).

Sin embargo, cuando estas características se dan en la forma opuesta, ocasionándose graves daños de propiedad, problemas financieros en la comunidad, hay intención humana y la población ha resultado herida, han sentido amenazada su vida o ha habido pérdida de vidas humanas, pueden originarse efectos psicológicos graves y duraderos (Norris, Friedman y Watson, 2002).

Eventos con estas descripciones suelen ser una minoría en la literatura científica, la mayoría compartirían características con ambos grupos.

3.3.5. Tendencia longitudinal de las de consecuencias psicopatológicas de desastres o catástrofes

La tendencia general es que las víctimas mejoren con el paso del tiempo, dándose una disminución de la sintomatología con el paso del tiempo (Norris, Friedman, Watson, Byrne, *et al.* 2002), por lo que el tamaño del efecto de la sintomatología provocada por el desastre, va a ser menor cuanto mayor sea el lapso temporal entre el desastre y la evaluación de esa sintomatología (Rubonis y Bickman, 1991).

Capítulo 4

Prevalencia de los trastornos psicológicos en las víctimas de atentados terroristas

Muchas víctimas de atentados terroristas experimentarán durante los primeros días tras el atentado diversos síntomas de ansiedad y depresión, pero en la mayoría de las personas estos síntomas serán moderados y serán superados. En algunas víctimas estos síntomas persistirán y serán de una intensidad suficiente como para producir una interferencia en su vida diaria o un malestar clínicamente significativo, casos en los que se considerará el diagnóstico de diversos trastornos mentales. Por ello, el objetivo de este capítulo es llevar a cabo una revisión que refleje aquellos estudios en los cuales se había evaluado la presencia de diagnósticos de trastornos mentales tras un atentado terrorista, dejando de lado aquellos que valoraban solo la mera presencia de síntomas psicopatológicos.

El estudio de las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas ha crecido enormemente en los últimos 15-20 años (García-Vera y Sanz, 2010, 2015), pero esta investigación se ha centrado en los atentados cometidos en países desarrollados y más concretamente en los atentados masivos. Por tanto, la investigación sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo es aún pequeña y está sesgada. De hecho, no sería del todo adecuado que los hallazgos encontrados en los estudios realizados hasta la fecha se generalicen a los atentados terroristas que ocurren en los países menos desarrollados, cuyo porcentaje, en el número de atentados terroristas, es el más importante, como se apuntaba en el capítulo 1.

Las tablas 4.3-4.69 se presentan al final del capítulo para facilitar la tarea al lector.

4.1. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas

Para realizar la presente revisión sobre la prevalencia de trastornos psicológicos en víctimas de terrorismo, se realizó una búsqueda a través de las bases de datos bibliográficos de PsycINFO, Medline y PSICODOC, introduciendo la palabra clave “*terrorism*” y combinándola con las de “*posttraumatic stress disorder*”, “*depression*”, “*panic*”, “*agoraphobia*”, “*phobia*”, “*generalized anxiety*” o “*anxiety disorder*” (o las correspondientes palabras en español en el caso de PSICODOC). También se incluyeron en la revisión aquellos estudios referenciados en algunos de los artículos encontrados durante la primera búsqueda. La revisión, dado los objetivos de la

investigación empírica que constituirá la segunda parte de esta tesis doctoral, se centrará en las víctimas adultas del terrorismo, dejando a un lado, pues, los estudios sobre las repercusiones psicopatológicas en niños y adolescentes.

La literatura científica sobre las consecuencias psicopatológicas en víctimas adultas del terrorismo se ha centrado principalmente en el trastorno por estrés postraumático, el cual es sin duda el trastorno más frecuente tanto en víctimas directas como indirectas (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2015). Pero también es frecuente encontrar otros diagnósticos, como los trastornos depresivos, principalmente el trastorno depresivo mayor, y otros trastornos de ansiedad, siendo los más estudiados el trastorno de angustia, la agorafobia sin historia de angustia y el trastorno de ansiedad generalizada (García-Vera y Sanz, 2010; Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Galea, 2011). Todos estos trastornos son los que quedan reflejados en la revisión que se presentará a continuación.

Al hablar de las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas también es importante tener en cuenta los posibles grados de exposición al evento traumático. Por eso, en la revisión están incluidos distintos grupos de afectados que son valorados de manera independiente: víctimas directas o supervivientes, familiares y amigos de víctimas directas (tanto de supervivientes como de fallecidos), intervinientes en la emergencia (personal sanitario, equipos de rescate, policías, guardias civiles, bomberos, voluntarios, etc.) y población general de la zona, ciudad o país afectado por el atentado terrorista (grupo en el que las personas pueden haber tenido distintos grados de exposición).

Es fundamental, al analizar los datos de prevalencia de los distintos trastornos psicológicos, hacer una distinción entre los estudios que realizan diagnósticos mediante una evaluación llevada a cabo mediante una entrevista diagnóstica realizada por un psicólogo u otra persona debidamente preparada y los estudios en los cuales la prevalencia es evaluada mediante instrumentos de cribado (*screening*), puesto que estos últimos no proporcionarían diagnósticos, sino posibles diagnósticos. Además, los instrumentos de cribado son cumplimentados generalmente a modo de autoinforme y sin la intervención del juicio clínico, el cual sí aparecería en la evaluación diagnóstica, al menos en las entrevistas diagnósticas realizadas por un psicólogo u otro profesional

de la salud.

Lo ideal, en investigación, es que la evaluación diagnóstica sea realizada mediante una entrevista estructurada o semiestructurada, para asegurarnos de que a todas las personas, evaluadas en esa investigación, se les han realizado las mismas preguntas y, por tanto, las evaluaciones sean comparables. Algunas de estas entrevistas utilizadas para evaluar la prevalencia de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas serían: *Diagnostic Interview Schedule (DIS)/Disaster Supplement (DS)*, *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV (SCID)*, *Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale (CAPS)*, entrevista diagnóstica del *National Women's Study (NWS)* y *PE-11M* (basada en el *NWS*), como se podrá observar en las siguientes tablas (véanse las tablas 4.3 a 4.32).

En algunos casos, se utilizaron instrumentos de cribado y, a partir de las respuestas dadas a sus ítems, se analizó el cumplimiento de los criterios diagnósticos para los correspondientes trastornos psicológicos. Aunque la evaluación sería más completa, en estos casos sigue sin haber un juicio clínico que intervenga a la hora de evaluar cada síntoma y valorar su aparición, frecuencia, intensidad y el grado de interferencia que provoca.

Por tanto, si las estimaciones sobre la prevalencia de los trastornos mentales se realizan sobre la base de instrumentos de cribado, se puede estar considerando como un caso de trastorno psicológico a aquellos casos en los que la sintomatología forme parte de las reacciones normales de la persona, parte del proceso normal de recuperación que suele ocurrir tras vivir un suceso traumático y tras el cual se producirá una recuperación, sin llegar a desarrollar por tanto un trastorno mental (McNally, Bryant y Ehlers, 2003; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006).

Las tablas 4.3-42 resumen los resultados obtenidos por los estudios publicados entre 1980 y 2013 en cuanto a la prevalencia de algunos de los trastornos más frecuentes en víctimas adultos del terrorismo: trastorno por estrés postraumático (tablas 4.3 a 4.10), trastorno depresivo mayor (tablas 4.11 a 4.18), trastorno de angustia (tablas 4.19 a 4.25), agorafobia sin trastorno de angustia (tablas 4.26 a 4.27) y trastorno de ansiedad generalizada (tablas 4.28 a 4.32).

4.1.1. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas

El trastorno más evaluado en los diferentes estudios, así como el más prevalente en todos ellos, es el trastorno por estrés postraumático (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2015), lo cual es lógico si pensamos en que la primera condición que debe darse para poder plantearse la existencia de este trastorno es que la persona haya estado expuesta a un evento traumático, como es el caso en los estudios analizados en esta revisión, en los cuales esta condición se cumpliría por la vivencia de un atentado terrorista.

Según los criterios diagnósticos de la cuarta edición revisada del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” de la *American Psychiatric Association* (APA) o DSM-IV-TR (APA, 2002), los cuales se recogen en el cuadro 4.1., los síntomas que componen este trastorno se pueden agrupar en 3 categorías: síntomas de reexperimentación (la cual incluye pesadillas, sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones, *flashbacks* y malestar psicológico intenso y/o respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático), evitación de estímulos relacionados con el evento traumático (lo cual incluye evitación de pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares y personas, así como incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma, desapego, restricción de la vida afectiva y sensación de futuro desolador), incremento de la activación (evaluada a través de síntomas como dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto). Además, estos síntomas tienen que durar al menos un mes y generar interferencia en la vida de la persona que los sufre (provocando un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo).

Cuadro 4.1. Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados
<p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma 2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible 3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico 4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático 5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático 2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma 3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma 4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas 5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás 6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor) 7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
<p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dificultades para conciliar o mantener el sueño 2. irritabilidad o ataques de ira 3. dificultades para concentrarse 4. hipervigilancia 5. respuestas exageradas de sobresalto
<p>E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes</p>
<p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo</p>

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
Especificar si: Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más Especificar si: De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses

El criterio temporal es muy importante, puesto que a lo largo de los primeros días tras un ataque terrorista es normal que aparezcan una serie de síntomas de reexperimentación del atentado terrorista, evitación de estímulos relacionados con el atentado, síntomas disociativos e incremento de la ansiedad o activación fisiológica. En la mayoría de los casos esta sintomatología de una intensidad entre leve y moderada irá desapareciendo en unos días. Si esos síntomas duran más de dos días y además tienen la intensidad suficiente como para generar una interferencia en la vida de la persona o un malestar clínicamente significativo, la persona podría haber desarrollado lo que se denomina, siguiendo los criterios del DSM-IV-TR (véase el cuadro 4.2), un trastorno por estrés agudo, mientras que tales síntomas, con esa intensidad importante, deberían durar al menos un mes para que se considerase la presencia de un trastorno por estrés postraumático.

En este apartado nos centramos en el trastorno por estrés postraumático por varias razones. La primera y más importante sería que nuestro estudio es acerca de las consecuencias psicopatológicas a largo plazo, por lo que nos interesan más los datos sobre el trastorno por estrés postraumático en los cuales tiene que haber pasado como mínimo un mes, mientras que el trastorno por estrés agudo se refiere a los problemas psicológicos presentes los primeros días tras el atentado. Segunda, el tomar en cuenta los datos acerca del trastorno por estrés agudo se podría incrementar considerablemente la prevalencia de trastornos psicológicos entre las víctimas del terrorismo a largo plazo ya que, como se comentaba al comienzo del capítulo, muchas de las personas que presentan sintomatología durante los primeros días irán recuperando la normalidad a lo largo de las primeras semanas. Tercera y última, son mucho más numerosos los estudios en los que se evalúa el trastorno por estrés postraumático que aquellos en los que se evalúa el trastorno por estrés agudo.

Cuadro 4.2. Criterios diagnósticos para el trastorno por estrés agudo según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO
A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2: 1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos
B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos: 1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional 2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido) 3. desrealización 4. despersonalización 5. amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático
D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas)
E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora)
F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia
G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático
H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve

También es importante señalar que en algunos estudios que forman parte de la literatura científica se valora la presencia de cualquier trastorno por estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas a lo largo de su vida, y lo que interesa saber en la presente tesis doctoral es la prevalencia de ese trastorno cuando el mismo está relacionado con el hecho de haber sufrido un atentado terrorista. Por lo tanto, en aquellos estudios en los que se tomaron medidas del trastorno por estrés postraumático tanto generales, esto es, sobre la presencia de este trastorno vinculado a cualquier tipo de acontecimiento traumático, como específicas, es decir, sobre la presencia de un trastorno por estrés postraumático relacionado con el atentado terrorista, en la presente

revisión solo se tomó como valor válido la segunda medida.

Como punto de referencia para los resultados de la presente revisión, se tendrán en cuenta los resultados del metaanálisis llevado a cabo por DiMaggio y Galea (2006) en el que se analizaron 61 estudios publicados hasta el año 2004 en los cuales se había evaluado la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas del terrorismo. En dicho metaanálisis se analizaron los estudios según el tipo de víctima, estimando prevalencias de un 18% para las víctimas directas, 16,8% para los intervinientes y 10,9% para la población general (véase la tabla 4.1). También se analizaron diferencias en la prevalencia del trastorno por estrés postraumático según el tiempo transcurrido desde el atentado, notándose una reducción de la prevalencia con el paso del tiempo (véase la tabla 4.2).

Tabla 4.1. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático según el tipo de víctima (adaptado de DiMaggio y Galea, 2006)

Tipo de víctima	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Víctimas directas	Metaanálisis de 8 estudios	Variable	18,0%
Intervinientes	Metaanálisis de 2 estudios (equipos de rescate)	Variable	16,8%
Población general	Metaanálisis de 10 estudios	Variable	10,9%

Tabla 4.2. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático según el tiempo transcurrido tras los atentados (adaptado de DiMaggio y Galea, 2006)

Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Metaanálisis de 4 estudios	2 meses	16,0%
Metaanálisis de 7 estudios	6 meses	14,0%
Metaanálisis de 7 estudios	1 año	12,0%

Igualmente, en la revisión de DiMaggio y Galea (2006) también se analizaron las diferencias entre estudios de distintos atentados en cuanto a la prevalencia que habían estimado del trastorno por estrés postraumático, siendo por ejemplo la prevalencia este

trastorno mayor entre las víctimas directas e indirectas que habían sufrido el atentado con bomba de Oklahoma (17,35%) que entre las víctimas directas e indirectas de los atentados del 11 de septiembre de 2001 de Nueva York (13,05%).

El problema que tendríamos para comparar este metaanálisis con la presente revisión sería que en dicho metaanálisis se incluyeron tanto estudios en los cuales las estimaciones de la prevalencia del trastorno por estrés postraumático se llevaron a cabo mediante el uso de criterios diagnósticos o entrevistas diagnósticas basadas en los mismos, como es el caso en la presente revisión, como estudios en los cuales las estimaciones se realizaron tras aplicar instrumentos de cribado psicopatológico.

a) Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas directas basada en entrevistas diagnósticas

Tras realizar las búsquedas bibliográficas comentadas líneas atrás, se encontraron 7 muestras de víctimas directas en las que se había evaluado la prevalencia del trastorno por estrés postraumático durante el primer año tras los atentados (véase la tabla 4.3) y otras 3 en que se había llevado a cabo más de un año después de los atentados (véase la tabla 4.4).

La prevalencia encontrada en las distintas muestras evaluadas durante el primer año tras los atentados oscilaba entre el 18%, encontrado por Gil (2005), y el 61%, de Gil y Caspi (2006), siendo el porcentaje medio de un 41,2% (véase la tabla 4.3).

La prevalencia encontrada en las distintas muestras evaluadas más de un año después de los atentados oscilaba entre el 26%, encontrado por North *et al.* (2011), y el 32,4%, de Ohtani *et al.* (2004), siendo el porcentaje medio de un 27,7% (véase la tabla 4.4).

La prevalencia media del trastorno por estrés postraumático en las víctimas directas en todos los estudios encontrados sería de 37,8%, y como se ha podido observar, hay una disminución con el tiempo (véase la tabla 4.10).

b) Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en familiares y amigos de víctimas directas basada en entrevistas diagnósticas

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático en familiares y amigos de víctimas directas durante el primer año tras los atentados fue analizada en solo dos muestras de participantes (véase la tabla 4.5). Esta prevalencia oscilaba entre el 28,2% encontrado en la muestra evaluada por Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi, Muñoz y Casado (2005) y el 32% del estudio publicado por Gil y Caspi (2006), siendo el porcentaje medio de un 29,3% (véase la tabla 4.5).

No se han encontrado estudios que hayan analizado la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en familiares y amigos de víctimas directas evaluadas más de un año después de los atentados (véase la tabla 4.10).

c) Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en intervinientes basada en entrevistas diagnósticas

En cuanto a la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en intervinientes durante el primer año tras los atentados, se encontró que esta había sido evaluada en 3 muestras (véase la tabla 4.6), mientras que la misma prevalencia en el periodo de más de un año tras los atentados había sido estimada en 5 muestras (véase la tabla 4.7).

La prevalencia durante el primer año varía entre el 1,2%, encontrado por Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005), y el 6,8%, en el estudio aportado por Jayasinghe *et al.* (2008), siendo el porcentaje medio de un 6% (véase la tabla 4.6).

La prevalencia del trastorno pasado al menos un año tras los atentados varía entre el 5,8% de Evans *et al.* (2006) y 13% de los estudios de De Clercq *et al.* (1999) y North *et al.* (2002), siendo el porcentaje medio de un 7,5 % (véase la tabla 4.7).

En este caso no se observa una disminución con el tiempo, habiendo de hecho, si acaso, un ligero incremento según los resultados analizados. Obviamente, el hecho de comparar muestras de atentados distintos implica ser muy cautos a la hora de sacar

conclusiones sobre la evolución con el tiempo del trastorno por estrés postraumático en víctimas del terrorismo sobre la base de los datos presentados en las tablas 4.6 y 4.7. La prevalencia media del trastorno por estrés postraumático en los intervinientes teniendo en cuenta todos los estudios encontrados se podría estimar en un 7,2% (véase la tabla 4.10).

d) Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población general basada en entrevistas diagnósticas

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población general se ha analizado en 8 muestras durante el primer año (véase la tabla 4.8) y en 3 muestras más de un año tras los atentados (véase la tabla 4.9).

La prevalencia durante el primer año oscila entre el 1,7%, encontrado por Lawyer *et al.* (2006) en su estudio, y el 7,4 encontrado por Nandi *et al.* (2005), siendo la prevalencia media de un 4,4% (véase la tabla 4.8).

La prevalencia después de un año de los atentados varía en función de si se tiene en cuenta o no el estudio de Shear *et al.* (2006). En ese este estudio se puede observar que el porcentaje de personas que conocían a alguien fallecido en los atentados es muy elevado, lo cual podría estar incrementando notablemente la prevalencia estimada del trastorno por estrés postraumático en la población general, puesto que gran parte de la población evaluada podría ser considerada como familiares/allegados de víctimas directas. De hecho, según los datos del estudio, la prevalencia variaba considerablemente entre aquellos que no conocían a ningún fallecido (21%) y aquellos que sí (40%).

Si no se tiene en cuenta la prevalencia del estudio de Shear *et al.* (2006), la prevalencia del trastornos por estrés postraumático en la población general después de un año o más desde los atentados varía entre el 3,8% del estudio de Boscarino y Adams (2009) y el 4% del estudio de Pfefferbaum *et al.* (2002), siendo menor que la prevalencia media observada en los estudios que han evaluado el primer año (4,4%).

Sin embargo, si tomamos en cuenta el artículo de Shear *et al.* (2006), este tiene

una prevalencia del 30,2%, muy superior al resto de prevalencias valoradas en el resto de estudios llevados a cabo con población general, por lo que la prevalencia media asciende al 5,9% (véase la tabla 4.9).

La prevalencia media de todos los estudios encontrados, independientemente del momento en que se realizó la evaluación, sería de un 4,3% sin el estudio de Shear *et al.* (2006), y de 4,5% si se le tiene cuenta (véase la tabla 4.10).

e) Comparativa entre los distintos grupos de víctimas en cuanto a la prevalencia del trastorno por estrés postraumático basada en entrevistas diagnósticas

Como se puede observar en la tabla 4.10, la prevalencia del trastorno por estrés postraumático difiere, tal y como indican otras revisiones y metaanálisis (p. ej., DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2015), en función del tipo de víctimas, siendo el grupo más afectado por este trastorno el de víctimas directas (37,8%) y siendo su prevalencia menor en familiares y amigos de víctimas directas (29,3%) y aún menor en aquellas personas que intervinieron en los atentados (7,2%). La población general, será el grupo de afectados con una menor prevalencia (4,3% si eliminamos el estudio de Shear *et al.* (2006) y 4,5% si lo incluimos). Además, estas diferencias no parecen depender del tiempo transcurrido desde los atentados, de manera que el patrón de resultados es similar tanto en los estudios llevados a cabo durante el primer año tras los atentados como en los estudios realizados más de un año después de los atentados.

Es más, no se observa una disminución clara de la prevalencia del trastorno por estrés postraumático con el paso del tiempo en todo tipo de víctimas. El único grupo en el que disminuye de forma clara es en el grupo de víctimas directas. En el caso de los intervinientes y de la población general los porcentajes varían muy poco para poder asegurar que existen cambios en una dirección u otra, incluso cuando no se tiene en cuenta el estudio de Shear *et al.* (2006). Por otro lado, no se dispone de datos respecto a la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en familiares y amigos de víctimas directas evaluadas en un plazo superior al año tras los atentados, por lo que no podemos hablar de la tendencia temporal en este grupo de víctimas.

La prevalencia media del trastorno por estrés postraumático en todos los grupos de víctimas se podría estimar en un 6,5%, sin tener en cuenta el estudio de Shear *et al.* (2006), y en un 6,6% si también se incluye este estudio. Sin embargo, este valor sería engañoso dadas las diferencias ligadas al tipo de víctimas y dado, además, que el tamaño de las muestras de la población general es mucho mayor y esto hace que dichas muestras tengan más peso y que disminuya la prevalencia (véase la tabla 4.10).

4.1.2. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas

El trastorno depresivo mayor también es uno de los trastornos más prevalentes y uno de los más evaluados en los estudios de prevalencia de trastornos en víctimas de terrorismo (García-Vera y Sanz, 2010; Salguero, Fernández-Berrocal *et al.*, 2011). Para valorar la presencia de este trastorno es necesario que en las víctimas se haya dado la aparición de, al menos, un episodio depresivo mayor. La presencia de estos episodios se evalúa, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (véase el cuadro 4.3), valorando la aparición de, al menos, 5 síntomas depresivos durante un mínimo de dos semanas. Los síntomas principales serían un estado de ánimo depresivo y una disminución del interés o el placer en las actividades que solía llevar a cabo el paciente antes, de los cuales tendría que aparecer, al menos, uno. También se darían otros síntomas: pérdida o aumento significativo de peso o apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos excesivos o inapropiados de desvalorización o culpa, disminución de la capacidad de concentración o indecisión, o pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Además, es necesario que estos síntomas provoquen un malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento de la persona, que no se enmarquen dentro de un periodo de duelo, que no estén relacionados con la toma de alguna medicación o droga o con la aparición de una enfermedad, y que la sintomatología no forma parte de un episodio afectivo mixto típico de un trastorno bipolar.

Siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, para considerar la presencia de un trastorno depresivo mayor, además, deben darse las condiciones de que el episodio depresivo o los episodios depresivos no se expliquen mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, ni esté superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno

esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado; que nunca se haya producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y que la sintomatología no sea debida a la toma de ninguna medicación o droga, ni a la aparición de una enfermedad médica (véase el cuadro 4.4).

En el caso de que solo haya aparecido un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida del paciente estaríamos hablando de un trastorno depresivo mayor de episodio único. En el caso de que hayan aparecido varios episodios, estaríamos hablando de un trastorno depresivo mayor recidivante.

Cuadro 4.3. Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR
A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros
2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días
3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo)
8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico
B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes
D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo)
E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor

En este caso, en los estudios analizados para esta revisión no se especificaba si los trastornos depresivos mayores eran de episodios únicos o recidivantes. Por otro lado, se han eliminado de esta revisión aquellos estudios en los que no especificaba el tipo de trastorno depresivo, mencionando simplemente que se evaluaba “depresión” o “trastornos depresivos”, así como aquellos que se basaban en instrumentos de cribado. Quedando por tanto incluidos en la revisión solo aquellos estudios en los que se especificaba que se estaba evaluando el trastorno depresivo mayor con criterios diagnósticos o entrevistas diagnósticas basadas en ellos.

Cuadro 4.4. Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, episodio único, según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO ÚNICO
A. Presencia de un único episodio depresivo mayor
B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado
C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. <i>Nota:</i> Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
<p><i>Codificar</i> el estado del episodio actual o más reciente:</p> <p>.0 Leve</p> <p>.1 Moderado</p> <p>.2 Grave sin síntomas psicóticos</p> <p>.3 Grave con síntomas psicóticos</p> <p>.4 En remisión parcial/en remisión total</p> <p>.9 No especificado</p> <p><i>Especificar</i> (para el episodio actual o para el más reciente):</p> <p>Crónico</p> <p>Con síntomas catatónicos</p> <p>Con síntomas melancólicos</p> <p>Con síntomas atípicos</p> <p>De inicio en el posparto</p>

Cuadro 4.5. Criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor recidivante según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE
A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores <i>Nota:</i> Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor
B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado
C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. <i>Nota:</i> Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica
<p><i>Codificar</i> el estado del episodio actual o más reciente:</p> <p>.0 Leve .1 Moderado .2 Grave sin síntomas psicóticos .3 Grave con síntomas psicóticos .4 En remisión parcial/en remisión total .9 No especificado</p> <p><i>Especificar</i> (para el episodio actual o el más reciente):</p> <p>Crónico Con síntomas catatónicos Con síntomas melancólicos Con síntomas atípicos De inicio en el posparto</p>

a) Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas basada en entrevistas diagnósticas

La prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas ha sido valorada en 4 muestras durante el primer año tras los atentados (véase la tabla 4.11) y en una sola muestra tras haber pasado más de un año tras los atentados (véase la tabla 4.12).

Según los datos de los estudios que evalúan la prevalencia del trastorno depresivo mayor durante el primer año, esta oscila entre el 19,4%, calculado con los datos publicados por North *et al.* (2005), respecto a una muestra de víctimas directas de los atentados de Nairobi (Kenia) en 1998, y el 31,5% de Gabriel *et al.* (2007), siendo

23,6% la prevalencia media (véase la tabla 4.11).

La prevalencia evaluada más de un año tras los atentados solo se ha valorado en el estudio de North *et al.* (2011), siendo esta de un 10% (véase la tabla 4.12).

El porcentaje medio de víctimas directas que presentan un trastorno depresivo mayor, independientemente del momento de evaluación, se podría estimar en un 21,4% (véase la tabla 4.18).

b) Prevalencia del trastorno depresivo mayor en familiares y amigos de víctimas directas basada en entrevistas diagnósticas

La prevalencia del trastorno depresivo mayor en familiares y amigos de víctimas directas solo ha sido valorada una muestra evaluada entre 1-3 meses tras los atentados del 11-M y sobre la cual se han publicado varios artículos, habiéndose incluido en la tabla 4.13 los datos sobre la misma que aparecían en el artículo publicado por Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005) y que indicaban que dicha prevalencia era de un 31,3% (véase la tabla 4.13).

c) Prevalencia del trastorno depresivo mayor en intervinientes basada en entrevistas diagnósticas

La prevalencia del trastorno depresivo mayor ha sido valorada en 3 muestras de intervinientes durante el primer año tras los atentados (véase la tabla 4.14) y en dos muestras pasado un año o más tras los atentados (véase la tabla 4.15).

La prevalencia evaluada durante el primer año oscila entre el 1,3% del estudio de Gabriel *et al.* (2007) y el 4,6% del estudio de Jayansinghe *et al.* (2008). El porcentaje medio es de un 3,9% (véase la tabla 4.14).

La prevalencia en el plazo de más de un año tras los atentados oscila entre el 6% de Cukor *et al.* (2011) y el 8% de North *et al.* (2002), siendo la media de un 6,1% (véase la tabla 25).

El porcentaje medio de intervinientes que presentan un trastorno depresivo mayor teniendo en cuenta todos los estudios con independencia del momento de evaluación de los mismos sería de un 5,4% (véase la tabla 4.18).

d) Prevalencia del trastorno depresivo mayor en población general basada en entrevistas diagnósticas

La prevalencia del trastorno depresivo mayor en población general fue valorada en un total de 6 muestras durante el primer año tras los atentados (véase la tabla 4.16) y en 3 muestras después del primer año (véase la tabla 4.17).

La prevalencia evaluada durante el primer año oscila entre el 7,4% de Nandi *et al.* (2005) y el 11,8% de Boscarino, Adams y Figley (2004), siendo la prevalencia media de un 8,9% (véase la tabla 4.16).

La prevalencia en el plazo de más de un año tras los atentados oscila entre el 11,6% de Boscarino y Adams (2009) y el 19% de Pfefferbaum *et al.* (2002), siendo la prevalencia media de 11,3% (véase la tabla 4.17).

Si se tiene en cuenta la muestra evaluada por Shear *et al.* (2006), la prevalencia máxima valorada en la población general ascendería a un 30,9%, según la prevalencia general calculada a través de los resultados publicados en su estudio. Pero, como ya se comentó en el apartado referido al trastorno por estrés postraumático, la muestra de Shear *et al.* (2006) puede no ser muy representativa de la población general por el elevado porcentaje de personas que conocían fallecidos en los atentados. En este caso, teniendo en cuenta los resultados de Shear *et al.* (2006), la prevalencia media ascendería a un 11,7% (véase la tabla 4.17).

La prevalencia media del trastorno depresivo mayor en la población general teniendo en cuenta todos los estudios con independencia del momento de evaluación de los mismos sería de un 9,2% (un 9,5% si incluimos el estudio de Shear *et al.*, 2006) (véase la tabla 4.17).

e) Comparativa entre los distintos grupos de víctimas en cuanto a la prevalencia del trastorno depresivo mayor basada en entrevistas diagnósticas

Como podemos observar en la tabla 4.18, los resultados de los estudios realizados hasta la fecha sobre la prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas de atentados terroristas indican que dicha prevalencia sería más elevada en familiares y amigos de víctimas directas (31,3%) que en las víctimas directas (21,4%), un resultado que puede parecer sorprendente, pero que también se sugería en la revisión de García-Vera y Sanz (2010), la única, antes que esta, que había examinado de forma diferencial la presencia de trastornos depresivos en las víctimas que habían sufrido directamente el atentado y habían resultado heridas o habían salido ilesas del mismo frente a las víctimas que eran familiares o allegados de personas que habían fallecido o habían resultado heridas o ilesas en el atentado (p. ej., en la revisión de Salguero, Cano-Vindel *et al.*, 2011, ambos tipos de víctimas fueron consideradas víctimas directas). Por otro lado, en esos dos tipos de víctimas la prevalencia del trastorno depresivo mayor sería mucho mayor que en la población general de la zona, ciudad o país afectado (9,2-9,5%) o que en los intervinientes (5,4%), siendo la prevalencia media para todos los grupos de víctimas de aproximadamente 9% (8,9%-9,1%).

La tendencia a una disminución con el tiempo en la prevalencia de los trastornos mentales en las víctimas del terrorismo tampoco se observa de forma clara en el caso del trastorno depresivo mayor (véase la tabla 4.18). Nuevamente, el único grupo en el que podemos observar una disminución clara es en el de víctimas directas (de un 23,6% en los estudios que evalúan la prevalencia a menos de un año desde los atentados a un 10% en los estudios que evalúan la prevalencia a un año o más), mientras que en los intervinientes y en la población general los cambios son tan pequeños que es difícil inferir su existencia y, de hacerlo, sería en la dirección de un ligerísimo aumento. En familiares y amigos de víctimas directas no hay datos respecto a la prevalencia del trastorno depresivo a más de un año transcurrido desde los atentados.

La prevalencia media del trastorno depresivo mayor en todo tipo de víctimas y en todos los momentos de evaluación es de 8,9%-9,1%. Nuevamente esta prevalencia no es igual de representativa de todos los grupos de víctimas, ya que las muestras de la

población general y de los intervinientes, justamente los grupos con una menor prevalencia del trastorno, eran de mayor tamaño, y, sobre todo, porque existían importantes diferencias en la prevalencia del trastorno en función del tipo de víctimas, tal y como se ha indicado antes (véase la tabla 4.18).

4.1.3. Prevalencia del trastorno de angustia en víctimas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas

Dentro del grupo de otros trastornos de ansiedad, los más estudiados y prevalentes en víctimas de terrorismo serían el trastorno de angustia, el trastorno de agorafobia sin historia de angustia y el trastorno de ansiedad generalizada (García-Vera y Sanz, 2010). Dentro de estos, el trastorno de angustia es uno de los más prevalentes, como se verá más adelante. Para definir el trastorno de angustia, primero debemos describir las llamadas crisis de angustia o ataques de pánico, que son el elemento principal de este trastorno y cuyos criterios diagnósticos, según el DSM-IV-TR, se recogen en el cuadro 4.6.

Cuadro 4.6. Criterios diagnósticos para la crisis de angustia según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL DIAGNÓSTICO DE CRISIS DE ANGUSTIA
Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:
1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

Otro elemento importante en el diagnóstico del trastorno de angustia es valorar la presencia de agorafobia, ya que este trastorno se puede presentar con agorafobia o sin

ella. La agorafobia, según el DSM-IV-TR (véase el cuadro 4.7), consistiría en la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Es necesario que estas situaciones se eviten, se resistan a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se haga indispensable la presencia de un conocido para soportarlas. Además, es necesario valorar que estos síntomas no sean mejor explicados por otro trastorno.

Cuadro 4.7. Criterios diagnósticos para la agorafobia según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL DIAGNÓSTICO DE AGORAFOBIA
A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan solo se relaciona con acontecimientos de carácter social
B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas
C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia)

Para evaluar la presencia de un trastorno de angustia será necesario, según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (véase el cuadro 4.8), que se hayan dado crisis de angustia inesperadas y recidivantes, y que tras al menos una de estas crisis el paciente haya experimentado durante un mes o más, una inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, una preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias o un cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

Que las crisis de angustia no se deban a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica y que no puedan explicarse mejor por la presencia de otro trastorno.

Si la persona ha experimentado además la presencia de agorafobia, deberemos considerar que se trata de un trastorno de angustia con agorafobia según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (véase el cuadro 4.8), y si se ha valorado una ausencia de agorafobia, entonces, deberíamos especificar que se trata de un trastorno de angustia sin agorafobia.

En la presente revisión no se especificará la presencia o ausencia de agorafobia, sino que tan solo se darán datos sobre la prevalencia del trastorno de angustia en general, sin distinguir ambos tipos, ya que en ninguno de los estudios analizados se han ofrecido datos separados para los dos tipos de trastorno de angustia (con o sin agorafobia).

Cuadro 4.8. Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia sin agorafobia según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA
A. Se cumplen 1 y 2: 1. crisis de angustia inesperadas recidivantes 2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas: a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco") c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
B. Ausencia de agorafobia
C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)
D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos)

Cuadro 4.9. Criterios diagnósticos para el trastorno de angustia con agorafobia según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA
<p>A. Se cumplen 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. crisis de angustia inesperadas recidivantes 2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none"> a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco") c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis
B. Presencia de agorafobia
C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo)
D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos)

a) Prevalencia del trastorno de angustia en víctimas directas basada en entrevistas diagnósticas

La prevalencia del trastorno de angustia en víctimas directas fue analizada en 4 muestras, todas ellas evaluadas durante el primer año tras los atentados (véase la tabla 4.19).

La prevalencia oscilaría entre el 4% calculado respecto a la muestra de víctimas de los atentados terroristas llevados a cabo en Nairobi (Kenia) en 1998 y publicada en el artículo de North *et al.* (2005) y el 9,4% publicado por Gabriel *et al.* (2007), siendo el porcentaje medio de un 6,2% (véase la tabla 4.19).

b) Prevalencia del trastorno de angustia en familiares y amigos de víctimas directas basada en entrevistas diagnósticas

La prevalencia del trastorno de angustia en familiares y amigos de víctimas directas tan solo ha sido estudiado en una muestra de víctimas, la del estudio publicado por Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Casado (2005), siendo el porcentaje encontrado de un 22,1% (véase la tabla 4.20).

c) Prevalencia del trastorno de angustia en intervinientes basada en entrevistas diagnósticas

La prevancia de trastorno de angustia en intervinientes se ha evaluado en 3 muestras durante el primer año tras el atentado (véase la tabla 4.21) y en 2 muestras al año o más tras los atentados (véase la tabla 4.22).

La prevalencia durante el primer año oscila entre el 0,7% del estudio de Gabriel *et al.* (2007) y el 2,4% del estudio de Jayansinghe *et al.* (2008), siendo la prevalencia media de un 2,1% (véase la tabla 4.21). La prevalencia evaluada más de un año después de los atentados oscila entre el 1% de North *et al.* (2002) y el 2,5% de Cukor *et al.* (2011), siendo su prevalencia media de un 2,4% (véase la tabla 4.22). La prevalencia media de todas las muestras de intervinientes evaluadas en cualquier momento es de un 2,3% (véase la tabla 4.25).

d) Prevalencia del trastorno de angustia en población general basada en entrevistas diagnósticas

La prevancia de trastorno de angustia en la población general se ha evaluado en 5 muestras durante el primer año tras los atentados (véase la tabla 4.23) y en solo una muestra evaluada tras el primer año o más desde los atentados (véase la tabla 4.24).

La prevalencia encontrada durante el primer año oscila entre el 2,1% del estudio de Gabriel *et al.* (2007) y el 16,7% del estudio de Boscarino, Galea *et al.* (2004), siendo el porcentaje medio de un 11,9% (véase la tabla 4.23).

La muestra de la población general evaluada al año o más de haber sucedido los atentados es la analizada en el artículo de Pfefferbaum *et al.* (2002) y en la que se encontró una prevalencia del trastorno de angustia del 4% (véase la tabla 4.24). La prevalencia media del trastorno de angustia en todas las muestras de la población general evaluadas en cualquier momento es de un 11,9% (véase la tabla 4.25).

e) Comparativa entre los distintos grupos de víctimas en cuanto a la prevalencia del trastorno de angustia basada en entrevistas diagnósticas

Los resultados de los estudios recogidos en las tablas 4.19 a 4.24 parecen sugerir, tal y como se resume en la tabla 4.25, que en el caso del trastorno de angustia, su prevalencia en víctimas directas (6,2%) parece ser menor que en familiares y amigos de víctimas directas (22,1%) e incluso que en la población general (11,9%), y solo sería mayor que en intervinientes (2,3%). Sin embargo, dado el pequeño número de estudios que han analizado la presencia del trastorno de angustia en estos tipos de víctimas, dicha conclusión parece prematura y requiere nuevas investigaciones al respecto (p. ej., respecto al grupo de familiares de víctimas directas tan solo se ha encontrado un estudio). Por otro lado, dadas las diferencias entre los grupos de víctimas en cuanto a la prevalencia del trastorno de angustia, parece claro que la prevalencia media para todos los grupos de víctimas, la cual se podría estimar en un 8,3% (véase la tabla 4.25), no es representativa de muchos de esos grupos (p. ej., los familiares y amigos o los intervinientes).

En cuanto a la tendencia de las prevalencias en función del tiempo, esta solo se ha podido estimar para los intervinientes y para la población general, ya que para los otros dos grupos de víctimas no se han encontrado estudios de prevalencia a largo plazo (un año o más). En los demás grupos de víctimas, en general, hay una disminución en la prevalencia del trastorno de angustia, siendo de un 10,3% durante el primer año y de un 2,4% más allá del primer año, pero de nuevo estos porcentajes medios son engañosos y reflejan el tamaño de las muestras y el peso de los datos de la población general, ya que en intervinientes apenas hay cambios en la prevalencia (de 2,1% a 2,4%), mientras que en la población general hay un descenso muy evidente de 11,9% a 4%, aunque este último dato está basado en un único estudio y con una muestra muy pequeña ($N = 27$), por lo que debería tomarse con mucha precaución (véase la tabla 4.25).

4.1.4. Prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia en víctimas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas

En la revisión realizada no se han encontrado apenas estudios que hayan evaluado la presencia de agorafobia sin historia de angustia entre las víctimas del terrorismo. Siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (véanse los cuadros 4.7 y 4.10), el trastorno de agorafobia sin historia de angustia implica la aparición de agorafobia (véase el cuadro 4.7) en una persona para la cual nunca se habrían cumplido los criterios diagnósticos para un trastorno de angustia. Además, es necesario que los síntomas no se deban al consumo de ninguna sustancia o a alguna enfermedad médica. En el caso de padecer una enfermedad médica, la agorafobia deberá ser excesiva en comparación con la sintomatología de este tipo habitualmente relacionada con la enfermedad en cuestión (véase el cuadro 4.10).

Cuadro 4.10. Criterios diagnósticos para la agorafobia sin historia de trastorno de angustia según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL DIAGNÓSTICO DE AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA
A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea)
B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia
C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica
D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica

En el caso de la agorafobia sin historia de angustia no se ha encontrado ningún estudio que valore su presencia en familiares y amigos de víctimas directas de terrorismo, motivo por el cual no se incluye este punto en la presente revisión, pero si se han localizado estudios que evalúan su presencia en víctimas directas, intervinientes y población general.

a) Prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia en víctimas directa basada en entrevistas diagnósticas

La prevalencia de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia en víctimas directas solo se ha valorado en dos estudios, ambos durante el primer año, oscilando entre el 12% del estudio de Conejo-Galindo *et al.* (2008) y el 23,8% del estudio de Gabriel *et al.* (2007), con una prevalencia media del 20,2% (véase la tabla 4.26).

b) Prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia en intervinientes basada en entrevistas diagnósticas

En cuanto a la prevalencia de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia en familiares y amigos de víctimas directas, solo se ha valorado en el estudio de Gabriel *et al.* (2007), realizado a los 5-12 semanas tras los atentados, y en el cual se encontró una prevalencia de 0,7% (véase la tabla 4.26).

c) Prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia en población general basada en entrevistas diagnósticas

En el caso de la población general, la prevalencia de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, también se ha valorado solo en el estudio de Gabriel *et al.* (2007), el cual encontró una prevalencia de 10,5% en dicha población a las 5-12 semanas tras los atentados (véase la tabla 4.26).

d) Comparativa entre los distintos grupos de víctimas en cuanto a la prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia basada en entrevistas diagnósticas

Aunque son muy pocos los estudios realizado al respecto y, por lo tanto, cualquier conclusión sobre las diferencias entre los tipos de víctimas en cuanto a la prevalencia de la agorafobia debería tomarse con precaución, parece que la prevalencia de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia a las pocas semanas o meses de los atentados terroristas es mayor en el caso de las víctimas directas (20,2%) que en el caso de la población general (10,5%), siendo aún menor en el caso de los intervinientes

(0,7%). Por tanto, el porcentaje medio de prevalencia de la agorafobia en todo tipo de víctimas, que se puede estimar en 10,8%, oculta diferencias muy importantes entre los grupos de víctimas (véase la tabla 4.27).

No se ha encontrado ningún estudio que se haya llevado a cabo después del primer año tras los atentados, por lo que no se puede valorar la prevalencia de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia entre las víctimas de atentados terroristas a largo plazo ni tampoco valorar la evolución de la prevalencia en función del tiempo. Tampoco se han encontrado estudios en los que se valore la presencia de este trastorno en familiares y amigos de víctimas directas (véase la tabla 4.27).

4.1.5. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas

Otro de los trastornos sobre el cual apenas se han encontrado estudios que hayan evaluado su prevalencia en las víctimas del terrorismo es el trastorno de ansiedad generalizada. Según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, los cuales se recogen en el cuadro 4.11, el trastorno de ansiedad generalizada consistiría en una ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan durante más de 6 meses, que al individuo le resulta difícil controlar y que se asocia, al menos, a tres síntomas como inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultades para concentrarse o mantener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular o alteraciones del sueño (APA, 2012). Esta ansiedad no estaría mejor explicada por otro trastorno del eje I del DSM-IV-TR, provocaría un malestar clínicamente significativo o un deterioro funcional y no se debería a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica (véase el cuadro 4.11).

En el caso del trastorno de ansiedad generalizada tampoco se ha encontrado ningún estudio que valore su presencia en familiares y amigos de víctimas directas de terrorismo, motivo por el cual no se incluye este punto en la presente revisión, pero sí se incluyen estudios que evalúan su presencia en víctimas directas, intervinientes y población general.

Cuadro 4.11. Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV-TR (APA, 2002)

CRITERIOS DSM-IV-TR PARA EL DIAGNÓSTICO TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses
B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación
C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños solo se requiere uno de estos síntomas: 1. inquietud o impaciencia 2. fatigabilidad fácil 3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco 4. irritabilidad 5. tensión muscular 6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático
E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo

a) Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas directas basada en entrevistas diagnósticas

La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada se ha valorado en 4 muestras de víctimas directas, todas ellas valoradas durante el primer año tras los atentados (véase la tabla 4.28).

La prevalencia oscilaría entre el 4% de las víctimas directas de los atentados de Nairobi (Kenia) en 1998 (North *et al.*, 2005) y el 13,4% de las víctimas directas de los atentados del 11-M en Madrid en 2004 (Gabriel *et al.*, 2007), siendo la prevalencia media del trastorno de ansiedad generalizada de 6,9% (véase la tabla 4.28).

b) Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en intervinientes basada en entrevistas diagnósticas

En cuanto a la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en intervinientes, esta se ha valorado en 4 muestras durante el primer año tras los atentados (véase la tabla 4.29) y en dos muestras tras ese primer año (véase la tabla 4.30).

La prevalencia durante el primer año varía entre el 0,7% del estudio de Gabriel *et al.* (2007) y el 2,2% del estudio de Jayansinghe *et al.* (2008), siendo la prevalencia media en intervinientes durante el primer año de 2% (véase la tabla 4.29). Tras el primer año, la prevalencia oscilaría entre el 1% del estudio de North *et al.* (2002) y el 3,5% del estudio de Cukor *et al.* (2011), siendo la prevalencia media en intervinientes después del primer año tras los atentados de 3,4% (véase la tabla 4.30). El porcentaje medio de las prevalencias encontradas en los distintos estudios, independientemente del momento de evaluación, es de 3% (véase la tabla 4.32).

c) Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en población general basada en entrevistas diagnósticas

La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada solo se ha valorado en el estudio de Gabriel *et al.* (2007), el cual evaluó a una muestra de población general tras los atentados del 11-M en Madrid, en 2004, y encontró que dicha prevalencia, entre las 5 y las 12 semanas tras los atentados, era de 8,6% (véase la tabla 4.31).

d) Comparativa entre los distintos grupos de víctimas en cuanto a la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada basada en entrevistas diagnósticas

Con las debidas precauciones por la escasez de estudios al respecto, se podría

concluir que la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada parece mayor en el caso de víctimas directas (6,9%) que en el caso de los intervinientes (3%), pero es aún mayor en el caso de la población general (8,6%), dato este último que ciertamente es sorprendente e indica la dificultad en comparar estudios de diferentes atentados cuando el número de estudios es tan pequeño (p. ej., solo se ha encontrado un estudio con personas de la población general), por lo que, además, habría que tomar con mucha cautela el dato que indica que la prevalencia media del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas del terrorismo es 3,9%, ya que oculta importantes diferencias entre los grupos de víctimas (véase la tabla 4.32).

Solo se han encontrado estudios que valoren la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada más allá del primer año tras los atentados en muestras de intervinientes, pero no en otros tipos de víctimas. En función de los datos resumidos en la tabla 4.32, parecería que habría un aumento con el tiempo en la prevalencia de dicho trastorno entre los intervinientes (de 2% a 3,4%), pero, sin embargo, dicho incremento es muy pequeño y probablemente no representa la existencia de un aumento real; es más, dada la escasez de estudios y que en los mismos se comparan atentados cuyas repercusiones entre los intervinientes fueron muy distintas, en cuanto que en algunos (los estudios sobre los atentados del 11-S en Nueva York) hubo muchos fallecidos e heridos entre los propios intervinientes, mientras que en otros no (García-Vera y Sanz, 2010, 2015), la cuestión de la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada es otra laguna en la investigación en espera de nuevos estudios al respecto (véase la tabla 4.32).

Por otro lado, como se comentaba al comienzo del epígrafe, no se han encontrado estudios en los que se haya evaluado la presencia del trastorno de ansiedad generalizada en familiares y amigos de víctimas directas, lo que de nuevo señala otra carencia importante en la literatura científica.

4.2. Prevalencia de trastornos psicológicos en víctimas de terrorismo basada en instrumentos de cribado

Aunque es mucho más exhaustivo, fiable y válido realizar un diagnóstico mediante una entrevista estructurada o semiestructurada diseñada para ello (Rogers, 1995, 2001; Sanz, 2013), es interesante valorar si hay diferencias en cuanto a las

prevalencias obtenidas con esos instrumentos y las obtenidas mediante el uso de instrumentos de cribado, puesto que los segundos han sido utilizados para calcular la prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en numerosos estudios, tal y como se verá a continuación.

A lo largo de los siguientes subapartados se irán analizando los distintos estudios encontrados que utilizaron instrumentos de cribado para evaluar la prevalencia de algunos de los trastornos psicológicos más comunes en víctimas de atentados terroristas: el trastorno por estrés postraumático, el trastorno depresivo mayor, el trastorno de angustia, la agorafobia sin trastornos de angustia y el trastorno de ansiedad generalizada, y se finalizará con una comparación entre los resultados de prevalencia basados en entrevistas o criterios diagnósticos y los basados en instrumentos de cribado.

4.2.1. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas de atentados terroristas basada en instrumentos de cribado

a) Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas directas basada en instrumentos de cribado

Las búsquedas en las bases de datos bibliográficos que se comentaron líneas atrás permitieron localizar 19 estudios que habían analizado la prevalencia del trastorno por estrés postraumático con instrumentos de cribado, de manera que dicha prevalencia había sido evaluada en 13 muestras de víctimas directas durante el primer año (véase la tabla 4.33) y en 6 muestras más allá del primer año (véase la tabla 4.34).

La prevalencia durante el primer año oscilaba entre el 6,3% del estudio de Somer *et al.* (2005) y el 51,9% del estudio Curran *et al.* (1990), siendo la prevalencia media de 12,6%. Si de los estudios recogidos en la tabla 4.33 se eliminan los estudios de Grieger *et al.* (2003), Grieger *et al.* (2004) y Jordan *et al.* (2004), ya que en los mismos no se deja claro si toda la muestra de víctimas evaluada presencié el atentado, por lo que es probable que, en realidad, no toda la muestra estuviera compuesta de víctimas directas, la prevalencia media en víctimas directas durante el primer año después de los atentados ascendería a 38,5% (véase la tabla 4.33).

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático basándose en instrumentos de cribado más allá de un año tras los atentados, oscila entre el 2,8% reflejado en el artículo de Kawana (2001) y el 31% calculado a partir de los datos aportados por Verger *et al.* (2004), siendo la prevalencia media de 15%. En este caso, y por los mismos motivos anteriormente mencionados, también se decidió calcular la prevalencia media sin el estudio de Grieger *et al.* (2005), quedando dicha prevalencia también en un 15% (véase la tabla 4.34).

Cuando se tienen en cuenta todos los estudios localizados, independientemente del momento en que evaluaron la presencia del trastorno por estrés postraumático, la prevalencia media de dicho trastorno en las víctimas directas del terrorismo se podría estimar en 15,6%, 18,6% si no se tienen en cuenta los estudios de Grieger *et al.* (2003), Grieger *et al.* (2004), Jordan *et al.* (2004) y Grieger *et al.* (2005) que no es seguro del todo que evaluaran solamente a víctimas directas (véase la tabla 4.40).

b) Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en familiares y amigos de víctimas directas basada en instrumentos de cribado

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático basándose en instrumentos de cribado en familiares y amigos de víctimas directas tan solo se ha evaluado en dos muestras durante el primer año tras los atentados (véase la tabla 4.35), mientras que no se ha encontrado ningún estudio que lo haya hecho más allá del primer año.

La prevalencia durante el primer año varía entre el 32,9% correspondiente a la prevalencia calculada a partir de los datos aportados por Fraguas *et al.* (2006) y el 95% del estudio de Scrimin *et al.* (2006), siendo la prevalencia media del trastorno por estrés postraumático durante el primer año de 51,4% (véase la tabla 4.35).

En este caso también se valoró eliminar un estudio a la hora de calcular la prevalencia del trastorno psicológico, en concreto, el estudio de Scrimin *et al.* (2006) sobre los atentados terroristas ocurridos en el colegio de Beslán (Rusia) durante los días 1 a 3 de septiembre de 2004. Estos atentados fueron especialmente intensos ya que empezaron con el secuestro durante 3 días de 1300 niños, padres y profesores que asistían en el colegio a la fiesta de apertura del curso escolar y acabó con una masacre

en la que murieron 330 personas, 186 de ellas niños, debido a los tiroteos, las explosiones de minas y el derrumbe de parte del colegio que ocurrieron antes y durante la intervención del Ejército ruso para rescatar a los rehenes. En el artículo de Scrimin *et al.* (2006) se comenta que, aunque los familiares no fueron secuestrados, permanecieron fuera del colegio observando la situación, por lo que cabría la posibilidad de considerarles víctimas directas, ya que observaron directamente no solo el secuestro sino, probablemente, todas las explosiones y tiroteos posteriores. Ante esta duda razonable acerca de cómo deberían ser considerados los familiares de ese estudio, se decidió calcular el porcentaje medio dos veces, la primera incluyendo este dato y la segunda excluyéndolo. La prevalencia del trastorno por estrés postraumático entre los familiares de los heridos o fallecidos en atentados eliminando ese estudio sería de un 32,9% (véase la tabla 4.35).

c) Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en intervinientes basada en instrumentos de cribado

Se han encontrado cuatro estudios que han evaluado la prevalencia del trastorno por estrés postraumático en intervinientes basada en instrumentos de cribado durante el primer año tras los atentados (véase la tabla 4.36) y siete más que lo han hecho más allá del primer año (véase la tabla 4.36).

La prevalencia durante el primer año tras los atentados oscila entre el 1,3% de Gabriel *et al.* (2007) y el 15% de Razik *et al.* (2013), siendo la prevalencia media de un 9,2% (véase la tabla 4.36).

La prevalencia más allá del primer año oscila entre el 2,3% del estudio de Solomon *et al.* (2007) y el 22% del estudio de Chiu *et al.* (2011), de manera que la prevalencia media se puede estimar en un 11,5% (véase la tabla 4.37).

Teniendo en cuenta todos los estudios recogidos en las tablas 4.36 y 4.37, se puede estimar que la prevalencia media del trastorno por estrés postraumático en intervinientes, independientemente del momento en que se evalúe, es de 11,3% (véase la tabla 4.40).

d) Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población general basada en instrumentos de cribado

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población general basada en instrumentos de cribado fue evaluada en 13 muestras durante el primer año tras los atentados (véase la tabla 4.38) y en 6 muestras más allá del primer año (véase la tabla 4.39).

La prevalencia durante el primer año oscila entre el 4,3% del estudio de Schlenger *et al.* (2002) y el 38,9% del estudio del CDC (2002), con un porcentaje medio de 14,7% (véase la tabla 4.38).

La prevalencia más allá del primer año fluctúa entre el 8,9% de Tracy *et al.* (2008) y el 16,2% de Brackbill *et al.* (2009), con una prevalencia media del 15,4% (véase la tabla 4.39).

La prevalencia media del trastorno por estrés postraumático en la población general, sin tener en cuenta el momento en que se evaluó, se puede estimar en un 15,3% (véase la tabla 4.40).

e) Comparativa entre los distintos grupos de víctimas en cuanto a la prevalencia del trastorno por estrés postraumático basada en instrumentos de cribado

Tal y como refleja el resumen de datos que aparece en la tabla 4.40, los estudios con instrumento de cribado parecen sugerir que la prevalencia del trastorno por estrés postraumático es mayor en familiares y amigos de víctimas directas (32,9-51,4%) que en intervinientes (15,3%), en población general (15,3%) y en víctimas directas (13,6-18,6%), todos los cuales muestran prevalencias similares, siendo la prevalencia media para todos los grupos de víctimas de un 13,5% (véase la tabla 4.40). Sin embargo, los promedios de la tabla 4.40 también sugieren que cuando se excluyen estudios cuyas muestras de participantes no están bien definidas, no quedando claro a qué tipo de víctimas pertenecen (p. ej., Grieger *et al.*, 2003, 2004; Jordan *et al.*, 2004; Scrimin *et al.*, 2006), y se comparan estudios realizados en momentos parecidos, la prevalencia del

trastorno por estrés postraumático durante el primer año es mayor en las víctimas directas del terrorismo (38,5%) que en los familiares de las víctimas directas (32,9%), en la población general (14,7%) o en los intervinientes (9,1%), mientras que pasado el primer año la prevalencia es parecida para víctimas directas (15%), población general (15,4%) e intervinientes (11,5%), sin que se tenga todavía información sobre cuál es la prevalencia en familiares y amigos de víctimas directas después de que haya pasado al menos un año desde los atentados.

Este patrón de resultados subraya una vez más, y será un tema sobre el que se volverá más adelante, la dificultad que entraña metaanalizar los resultados de diversos estudios cuando estos difieren en sus características básicas (p. ej., momento de evaluación del trastorno por estrés postraumático) o cuando con una misma etiqueta (p. ej., intervinientes; familiar de víctima directa) se engloban personas que han experimentado atentados tan diversos y con consecuencias tan dispares para ellas (p. ej., los familiares de los niños heridos en los atentados de Beslán de 2004 del estudio de Scrimin *et al.*, 2006, frente a los familiares de los atentados de Madrid del 11-M, o los intervinientes de los atentados de Nueva York del 11-S frente a los intervinientes de los atentados de Madrid del 11-M).

4.2.2. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas de atentados terroristas basada en instrumentos de cribado

a) Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas basada en instrumentos de cribado

La prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas basada en instrumentos de cribado se ha analizado en dos muestras durante el primer año tras los atentados (véase la tabla 4.41) y otras dos tras ese primer año (véase la tabla 4.42).

Las prevalencias durante el primer año oscilan entre el 4%, de Grieger *et al.* (2004), y el 17,7%, de Jordan *et al.* (2004), siendo la prevalencia media de 17,1%. En ambos estudios se examinaron muestras de víctimas directas del atentado al Pentágono, el edificio que constituye la sede del Departamento de Defensa de los EE. UU., y en el un grupo de terroristas islamistas estrelló un avión comercial que habían secuestrado

como parte de los atentados del 11 de septiembre de 2001. El problema con ambos estudios es que incluyen tanto personas que estaban en el Pentágono en el momento del atentado como personas que no. De hecho, en el estudio de Jordan *et al.* (2004) no se aportan datos acerca del número de heridos, del número de personas presentes en el Pentágono en el momento del atentado o de la zona del Pentágono en la que se encontraban. Dado las elevadas dimensiones del Pentágono y la falta de datos, es posible que sus estimaciones de prevalencia podrían no ser representativas de la prevalencia real en víctimas directas, pero, al no haber más artículos referentes al estudio de la prevalencia del trastorno depresivo mayor mediante instrumentos de cribado durante el primer año tras los atentados, se tomó el porcentaje medio de ambos estudios como única estimación de la prevalencia del trastorno depresivo mayor basada en instrumentos de cribado en esa población (véase la tabla 4.41).

Las prevalencias tras el primer año oscilan entre el 7% del estudio de Grieger *et al.* (2005) y el 13,3% de Abenhaim *et al.* (1992), siendo el porcentaje medio de 10,1%. En este caso, tendríamos el mismo problema que con los estudios de prevalencia durante el primer año. Ya que en el estudio de Grieger *et al.* (2005) también se utiliza una muestra de víctimas del Pentágono, sin asegurar que todas ellas eran víctimas directas, presentes en el atentado. Pero en este caso, al disponer de otro estudio sin este problema, podemos tomar su prevalencia como referencia, siendo esta del 13,3% (véase la tabla 4.42).

La prevalencia media de todos los estudios encontrados sería de un 16,4%, pero si eliminásemos aquellos estudios en los que no tenemos clara su clasificación como víctimas directas (es decir, sin los estudios de Jordan *et al.*, 2004, y Grieger *et al.*, 2003, 2005), la prevalencia sería de un 13,3% (véase la tabla 4.46).

b) Prevalencia del trastorno depresivo mayor en intervinientes basada en instrumentos de cribado

La prevalencia del trastorno depresivo mayor en intervinientes basada en instrumentos de cribado se ha analizado en 3 muestras, todas ellas evaluadas más allá del primer año tras los atentados. La prevalencia encontrada oscila entre el 5,6% publicado por el CDC (2004) y el 22,7% de Chiu *et al.* (2011), siendo el porcentaje

medio de 10,5% (véase la tabla 4.43).

c) Prevalencia del trastorno depresivo mayor en población general basada en instrumentos de cribado

En el caso de la prevalencia del trastorno depresivo mayor en población general basada en instrumentos de cribado solo se han encontrado dos estudios. Uno de ellos evaluó la presencia del trastorno depresivo mayor durante el primer año tras los atentados (Neria *et al.*, 2008), obteniendo un 21,5% de prevalencia (véase la tabla 4.44), mientras que otro la evaluó varios años después de los atentados (Tracy *et al.*, 2008), obteniendo un 20,9% (véase la tabla 4.45), de manera que la prevalencia media de ambos estudios sería del 21,1% (véase la tabla 4.46).

d) Comparativa entre los distintos grupos de víctimas en cuanto a la prevalencia del trastorno depresivo mayor basada en instrumentos de cribado

Curiosamente, en el caso del trastorno depresivo mayor, los resultados de los estudios que han evaluado su presencia mediante instrumentos de cribado parecen sugerir que la población general afectada presenta una mayor prevalencia de dicho trastorno (21,1%) que los intervinientes (10,5%) e incluso que las víctimas directas (13,3-16,4%). Puesto que los datos sobre la población general han sido obtenidos a partir de únicamente dos estudios, sería importante replicar estos resultados con nuevas investigaciones. Otra laguna de la literatura científica en este ámbito tiene que con la prevalencia de los trastornos depresivos en familiares y amigos de víctimas directas, ya que no se ha encontrado ningún estudio con instrumentos de cribado que la haya abordado.

Teniendo en cuenta esas limitaciones, se podría estimar que la prevalencia media del trastorno depresivo mayor en víctimas del terrorismo, estimada con instrumentos de cribado, se situaría en el 12,4% (véase la tabla 4.46).

Por otro lado, en el caso del trastorno depresivo mayor evaluado mediante instrumentos de cribado parece haber una disminución de su prevalencia con el tiempo,

de manera que en cada uno de los dos grupos de víctimas de los cuales se cuenta con información sobre prevalencia durante el primer año y después del año (víctimas directas y población general), tanto si son analizados individualmente como si lo son conjuntamente, se observan prevalencias mayores durante el primer año que después del primer año, aunque de nuevo hay que advertir que los resultados sobre la población general proceden de únicamente dos estudios (véase la tabla 4.46).

4.2.3. Prevalencia del trastorno de angustia en víctimas de atentados terroristas basada en instrumentos de cribado

a) Prevalencia del trastorno de angustia en intervinientes basada en instrumentos de cribado

La prevalencia del trastorno de angustia en intervinientes basada en instrumentos de cribado se ha analizado en 2 muestras, ambas evaluadas durante el primer año tras los atentados. Dicha prevalencia oscila entre el 5% del estudio de Stellman *et al.* (2008) y el 5,8% del estudio del CDC (2004), siendo el porcentaje medio del 5,1% (véase la tabla 4.47).

b) Prevalencia del trastorno de angustia en población general basada en instrumentos de cribado

En el caso de la prevalencia del trastorno de angustia en población general basada en instrumentos de cribado, solo se encontró una muestra analizada entre los 7-16 meses tras los atentados y que corresponde al estudio de Neria *et al.* (2008), y en el cual se encontró que su prevalencia era de 4% (véase la tabla 4.47). Es importante señalar que en este estudio se incluyen personas que acudieron a atención primaria por lo que la muestra podría estar algo sesgada y no ser representativa de la población general afectada.

c) Comparativa entre los distintos grupos de víctimas en cuanto a la prevalencia del trastorno de angustia basada en instrumentos de cribado

Dado los pocos estudios encontrados, comparar la prevalencia del trastorno de

angustia basada en instrumentos de cribado entre diferentes tipo de víctimas es arriesgado. No obstante, y con las debidas cautelas, podemos decir que los intervinientes presentan una mayor prevalencia de trastorno de angustia (5,1%) que la población general (4%), pero no podemos aportar más datos sobre la prevalencia en otros tipos de víctimas puesto que no se han podido localizar estudios respecto a víctimas directas o respecto a los familiares y amigos de las mismas.

Por tanto, la estimación de la prevalencia media del trastorno de angustia basada en instrumentos de cribado en las víctimas del terrorismo solo puede hacerse teniendo en cuenta los intervinientes y la población general afectada, y la misma se situaría en un 5% (véase la tabla 4.48).

Finalmente, junto a las lagunas ya identificadas de falta de estudios con víctimas directas o con familiares y amigos de víctimas directas, existe un vacío de estudios basados en instrumentos de cribado sobre la prevalencia del trastorno de angustia en víctimas del terrorismo a más allá del primer año, lo cual, además, no permite obtener conclusiones sobre la evolución temporal de dicha prevalencia.

4.2.4. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas de terrorismo basada en instrumentos de cribado

a) Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas directas basada en instrumentos de cribado

La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas directas basada en instrumentos de cribado solo se ha analizado en una muestra, durante el primer año tras los atentados. Esta muestra fue analizada en un artículo publicado por Jordan *et al.* (2004), obteniendo una prevalencia del 26,9% (véase la tabla 4.49).

Como comentamos en apartados anteriores al hablar de la prevalencia de otros trastornos, no está muy claro si los datos del estudio de Jordan *et al.* (2004) se deben tomar como indicadores de la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en la población de víctimas directas, ya que no parecía que todas las personas evaluadas

estaban en el lugar del atentado cuando este ocurrió. Pero, en este caso, al no disponer de ningún otro artículo que haga referencia al estudio de la prevalencia del trastorno de angustia en víctimas directas basada en instrumentos de cribado, se utilizarán sus datos como única estimación de dicha prevalencia.

b) Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en intervinientes basada en instrumentos de cribado

La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en intervinientes basada en instrumentos de cribado se ha analizado únicamente en el estudio del CDC (2004), concluyéndose que la prevalencia es de 5,9% (véase la tabla 4.49).

c) Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en población general basada en instrumentos de cribado

En el caso de la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en población general basada en instrumentos de cribado, también se encontró solo una muestra de participantes analizada, la correspondiente al estudio de Neria *et al.* (2008) y en el que se calculó una prevalencia del 11,1% (véase la tabla 4.35).

d) Comparativa entre los distintos grupos de víctimas en cuanto a la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada basada en instrumentos de cribado

En este caso, el grupo de víctimas directas tiene una mayor prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada (26,9%), que la población general (11,1%), y esta a su vez que en los intervinientes (5,9%), pero no podemos aportar más datos, puesto que no se encuentran estudios en los que se evalúen muestras de familiares y amigos de víctimas directas, ni en distintos momentos temporales. El porcentaje medio de los grupos encontrados sería de un 8,2% (véase la tabla 4.50).

4.2.5. Comparación de las prevalencias de trastornos psicológicos en víctimas de terrorismo basadas en entrevistas diagnósticas con las basadas en instrumentos de cribado

Como se comentaba al principio del apartado, la idea era realizar una comparación entre los resultados de prevalencia obtenidos mediante entrevistas o criterios diagnósticos con los obtenidos mediante instrumentos de cribado para valorar así si unos serían generalizables a los otros. Esta comparación se resume en las tablas 4.51, 4.52, 4.53, 4.54 y 4.55.

Si analizamos las diferencias respecto al trastorno por estrés postraumático podemos decir que hay menos estudios basados en entrevistas diagnósticas (30) que en instrumentos de cribado (49) y que las estimaciones mediante entrevistas y/o criterios diagnósticos están basadas en una muestra total de menor tamaño que las estimaciones mediante instrumentos de cribado (26.936-26.787 frente a 189.424-194.663). El rango de prevalencias es más amplio en los estudios basados en instrumentos de cribado (1,3%-95% frente a 1,2%-61%), a no ser que eliminemos el estudio de Scrimin *et al.* (2006), ya que sin él el rango de las prevalencias obtenidas con instrumentos de cribado sería menor (1,3%-51,9% frente a 1,2%-61%). La prevalencia media también es mayor con los instrumentos de cribado que con las entrevistas y/o los criterios diagnósticos (13,5%-13,6% frente a 6,5%-6,7%) (véase la tabla 4.51).

Al analizar la prevalencia del trastorno por estrés postraumático por grupos de víctimas, las víctimas directas tienen, como media, una prevalencia mayor en los estudios basados en entrevistas y/o criterios diagnósticos (37,8%) que en los estudios basados en instrumentos de cribado (13,6%-18,6%). Pero en el resto de grupos, la prevalencia evaluada con instrumentos de cribado (familiares y amigos de víctimas directas: 32,9-51,4%, intervinientes: 11,3%, y población general: 15,3%), es mayor que la evaluada con entrevistas y/o criterios diagnósticos (familiares y amigos de víctimas directas: 29,3%, intervinientes: 7,2%, y población general: 4,3-4,5%) (véase la tabla 4.51).

En cuanto al trastorno depresivo mayor podemos decir que hay más estudios basados en entrevistas diagnósticas (20) que en instrumentos de cribado (9), pero el

tamaño de la muestra total de víctimas sigue siendo mayor en el caso de los estudios basados en instrumentos de cribado (21.199) que en el de los estudios basados en entrevistas y/o criterios diagnósticos (19.305). No obstante, si se eliminasen los estudios de Jordan *et al.* (2004), Grieger *et al.* (2003), Grieger *et al.* (2005) y Shear *et al.* (2006), disminuirían los tamaños de las muestrales totales, especialmente el de la muestra total en que está basada la prevalencia evaluada mediante instrumentos de cribado (15.981). El rango de prevalencia es algo más amplio en los estudios basados en entrevista y/o criterios diagnósticos que en los estudios basados en instrumentos de cribado (1,3%-31,5% frente a 4%-27,7%), pero el porcentaje medio es menor (8,9%-9,1% frente a 12,2-13,3%) (véase la tabla 4.52).

Si analizamos la prevalencia del trastorno depresivo mayor por grupos de víctimas, en víctimas directas es mayor la prevalencia basada en entrevistas diagnósticas (21,4%) que en instrumentos de cribado (16,4%). Sin embargo, tanto en intervinientes como en población general, la prevalencia evaluada con instrumentos de cribado (intervinientes: 10,5%, y población general: 21,1%) es mayor que la evaluada con entrevistas y/o criterios diagnósticos (intervinientes: 5,5%, y población general: 9,2%-9,5%). No se han encontrado estudios con familiares y amigos de víctimas directas basados en instrumentos de cribado que midan el trastorno depresivo mayor, por lo que no se podrían comparar con los resultados obtenidos con entrevistas y/o criterios diagnósticos (véase la tabla 4.52).

Respecto al trastorno de angustia podemos decir que hay más estudios basados en entrevistas diagnósticas (16) que en instrumentos de cribado (3), y en este caso el tamaño de la muestra total de víctimas sobre el que están basadas las estimaciones mediante instrumentos de cribado (12.199) es también menor que el de la muestra total sobre el que están basadas las estimaciones mediante entrevistas y/o criterios diagnósticos (12.681), aunque la diferencia no es muy grande, máxime cuando el número de estudios de este último tipo quintuplica al de los primeros. El rango de prevalencia es más amplio en los estudios basados en entrevista y/o criterios diagnósticos (0,7%-22,1% frente a 4%-5,8%) y el porcentaje medio es mayor (8,3% frente a 5%) (véase la tabla 4.53).

Si se analiza por grupos de víctimas, la población general tiene una prevalencia

del trastorno de angustia más alta en los estudios basados en entrevistas y/o criterios diagnósticos (11,9%) que en los estudios basados en instrumentos de cribado (4%). Sin embargo, en intervinientes, la prevalencia evaluada con instrumentos de cribado (5,1%) es mayor que la evaluada con entrevistas y/o criterios diagnósticos (2,3%). No se han encontrado estudios que evalúen el trastorno de angustia mediante instrumentos de cribado en muestras de víctimas directas o en muestras de familiares y amigos de víctimas directas, por lo que no se pueden comparar con los resultados obtenidos con la entrevistas y/o criterios diagnósticos (véase la tabla 4.53).

No hay estudios que valoren la prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia con instrumentos de cribado, por lo que no se pueden comparar los datos con los obtenidos con las entrevistas o criterios diagnósticos (véase la tabla 4.54).

Por último, en relación con el trastorno de ansiedad generalizada se puede decir que también hay más estudios basados en entrevistas diagnósticas (9) que en instrumentos de cribado (3), y que la suma total de todos los tamaños muestrales en los estudios basados en instrumentos de cribado es mayor (6.806) o menor (2.067) que la de los estudios basados en entrevistas y/o criterios (5.406), en función de si se incluye o no el estudio de Jordan *et al.* (2004). El rango de prevalencia es menos amplio en los estudios basados en entrevista y/o criterios diagnósticos (0,7%-13,4% frente a 5,9%-26,9%), a no ser que no se tenga en cuenta el estudio de Jordan *et al.* (2004), puesto que en ese caso el rango es más amplio en los estudios basados en entrevista y/o criterios diagnósticos (0,7%-13,4% frente a 5,9%-11,1%). Por último, la prevalencia media obtenida en los estudios basados en instrumentos de cribado (8,2%-21,2%) es mayor que la obtenida en los estudios basados en entrevistas diagnósticas (3,9%) (véase la tabla 4.55).

Si analizamos por grupos de víctimas, los intervinientes y la población general tienen una prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada mayor en los estudios basados en instrumentos de cribado (víctimas directas: 26,9%, intervinientes: 5,9%, y población general: 11,1%) que en los estudios basados en entrevistas y/o criterios diagnósticos (víctimas directas: 6,9%, intervinientes: 3%, y población general: 8,6%). En el caso de familiares y amigos de víctimas directas, no se ha analizado la prevalencia en ellos del trastorno de ansiedad generalizada con ninguno de los dos métodos de

evaluación (véase la tabla 4.55).

En general, pues, hay más estudios que evalúen la prevalencia mediante entrevistas diagnósticas que con entrevistas de cribado, excepto en el caso concreto del trastorno por estrés postraumático, trastorno sobre el cual se han realizado muchos más estudios que lo evalúan mediante instrumentos de cribado.

Las muestras evaluadas con instrumentos de cribado suelen ser más grandes, lo cual es lógico ya que es más fácil recopilar una mayor muestra utilizando instrumentos que por definición consumen menos tiempo, como es el caso de los instrumentos de cribado, y que además pueden aplicarse mediante estrategias que permiten llegar con pocos recursos a muchas personas, por ejemplo, mediante su aplicación telefónica o mediante su envío por correo postal o electrónico, tres de las estrategias que han sido utilizadas en los estudios revisados. Por el contrario, es mucho más costoso y complicado conseguir citar a una amplia muestra de víctimas para poder realizar una entrevista diagnóstica de forma presencial, tanto por el esfuerzo que requiere para la persona evaluada como por el coste en personal y número de horas de trabajo que requiere por parte del equipo de investigación.

Las prevalencias medias de los distintos trastornos psicológicos cuando han sido estimadas mediante los métodos de cribado han sido, en general, mayores que las encontradas con métodos diagnósticos, como cabría esperar, salvo en el caso del trastorno de angustia. En el caso la agorafobia sin historia de angustia, esto no se ha podido comprobar por falta de datos recogidos mediante instrumentos de cribado. Pero esta tendencia debe ser analizada con cautela, puesto que no es una constante cuando analizamos estas diferencias por grupos de víctimas.

Lo que sí podríamos concluir es que el método de evaluación utilizado influye en los resultados obtenidos de manera notable. Motivo por el cual, a la hora de realizar revisiones sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas, es importante tener en cuenta el método de evaluación utilizado.

4.3. Prevalencia de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados

Según la literatura científica, y como ya vimos en el capítulo 3, tras un desastre o catástrofe hay una tendencia a que la sintomatología psicológica disminuya con el tiempo (Norris, Friedman, Watson, Byrne, *et al.* 2002). De hecho, DiMaggio y Galea (2006) también encontraron datos en su metaanálisis que indicaban que existía esta tendencia en el caso concreto del trastorno por estrés postraumático en víctimas del terrorismo, pasando su prevalencia de 15,9% a los 1-3 meses, a 14,2% a los 6-9 meses y a 12,3% a los 12 meses. Sin embargo, curiosamente, después de un año, su metaanálisis no detecta una disminución, sino que la prevalencia del trastorno por estrés postraumático parecía aumentar, alcanzando un valor de 14,2% a los 1-5 años después de los atentados.

Como hemos podido observar en el anterior apartado, es importante tomar en cuenta el método de evaluación utilizado, por lo que esta revisión sobre la prevalencia de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados se centrará solo en aquellos que han utilizado métodos de evaluación que podamos considerar diagnósticos (entrevista y criterios diagnósticos).

En las siguientes tablas se puede observar la evolución de la prevalencia de algunos de los principales trastornos estudiados en víctimas de atentados terroristas, en función del tiempo; el trastorno por estrés postraumático (véase la tabla 4.56), el trastorno depresivo mayor (véase la tabla 4.57), el trastorno de angustia (véase la tabla 4.58), la agorafobia sin historia de angustia (véase la tabla 4.59) y trastorno de ansiedad generalizada (véase la tabla 4.60).

En la mayoría de los trastornos (trastorno por estrés postraumático, trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia y agorafobia sin historia de angustia) parece haber una tendencia al aumento de síntomas entre los primeros meses (1-3 meses) y los 6-9 meses, que luego vuelven a disminuir a los 12 meses, quedando la prevalencia incluso por debajo de la prevalencia evaluada durante los primeros meses. Esto puede ser debido a la aparición de trastornos de inicio demorado (véase la tabla 4.61).

Contrariamente a lo que cabría esperar, años después de los atentados en lugar de haber una disminución de la sintomatología parece haber de nuevo un aumento. Aunque esto solo se ha podido observar en el caso del trastorno por estrés postraumático y el trastorno depresivo mayor (véanse las tablas 4.56 y 4.57). No podemos extraer conclusiones, puesto que solo se ha encontrado un estudio que evalúe la prevalencia con instrumentos diagnósticos a largo plazo, pero el hecho de que esto coincida con lo expuesto por DiMaggio y Galea (2006), nos hace plantearnos que en las víctimas de atentados terroristas puede haber un repunte de la sintomatología, años después de los atentados.

4.4. Prevalencia de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de los criterios diagnósticos: implicaciones del DSM-5

Al valorar las prevalencias obtenidas en cada estudio, deberíamos tener en cuenta que con el paso de los años van cambiando los criterios diagnósticos y esto puede haber influido en los resultados obtenidos. En la tabla 4.62 se analizan los criterios diagnósticos utilizados en los distintos estudios analizados en el apartado titulado “Prevalencia de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas basadas en entrevista o criterios diagnósticos”. Se ha realizado un conteo del número de muestras en las que se han aplicado esos criterios diagnósticos para cada trastorno y grupo de víctimas.

Como se puede observar en la tabla 4.62, la clasificación diagnóstica del DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría, en sus diferentes ediciones y revisiones (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR), ha sido la más utilizada en la investigación sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas del terrorismo. Los motivos pueden ser varios y algunos de ellos están relacionados con el hecho de que la mayoría de esos estudios han sido realizados en EE. UU., país en el que las clasificaciones diagnósticas del DSM son mayoritariamente usadas por los psiquiatras y psicólogos estadounidenses (Evans *et al.*, 2013; Reed, Mendonça Correia, Esparza, Saxena y Maj, 2011), y con el hecho de que muchos otros estudios realizados en otros países, en aras de comparar sus resultados con aquellos, han utilizado la misma clasificación diagnóstica.

Puesto que en la investigación empírica que constituirá la segunda parte de esta tesis doctoral se utilizará la clasificación diagnóstica del DSM-IV-TR, en la revisión de estudios que se ha realizado y, por tanto, en la tabla 4.62, no se han incluido los resultados ni los estudios que han utilizado los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud en sus diferentes ediciones (p. ej., CIE-9, CIE-9-CM o CIE-9-MC, CIE-10). No obstante, no se ha encontrado ningún estudio que haya informado únicamente de los resultados en términos de los criterios de la CIE, puesto que solo se mencionan en algunos de los estudios que habían utilizado la entrevista “*Mini International Neuropsychiatric Interview*” (MINI) y en los cuales se menciona que esta entrevista se basa tanto en criterios DSM-IV como CIE-10, por lo que, para esta revisión, se han tomado únicamente los resultados con los criterios DSM-IV.

Tras analizar los sistemas de clasificación diagnósticos utilizados para evaluar las distintas muestras de víctimas de atentados terroristas, podemos concluir que el sistema más utilizado es el del DSM-IV, tanto si valoramos el sistema más utilizado para cada trastorno en general, como si analizamos para cada grupo de víctimas, así como el más utilizado en general en todas las muestras analizadas para todos los trastornos, y que ningún estudio de los revisados en la presente tesis doctoral han utilizado los criterios del DSM-III (véase la tabla 4.62).

El siguiente paso sería valorar si hay diferencias en las prevalencias encontradas en función de los criterios diagnósticos utilizados, diferencias que se han presentado para cada trastorno por separado en las tablas 4.63 a 4.67. Para valorar los datos de estas tablas y las conclusiones que se presentan a continuación, es importante recordar que si bien cada sucesiva edición o revisión desde el DSM-III al DSM-IV pasando por el DSM-III-R ha supuesto la introducción de un número significativo de cambios en cuanto a los criterios diagnósticos propuestos para el trastorno por estrés postraumático, el trastorno depresivo mayor, el trastorno de angustia, la agorafobia y el trastorno de ansiedad generalizada, el DSM-IV-TR, respecto a su edición inmediatamente anterior, el DSM-IV, no incluía ningún cambio en los criterios diagnósticos de dichos trastornos, si no tan solo modificaciones y adiciones en el texto complementario que acompaña a los criterios diagnósticos (p. ej., cambios en la información sobre la prevalencia, la comorbilidad, las características asociadas, etc.). Por tanto, los criterios diagnósticos del

DSM-IV y del DSM-IV-TR para los citados trastornos son los mismos.

El trastorno por estrés postraumático ha sido analizado mayoritariamente con los criterios diagnósticos del DSM-IV, máxime si a ellos se les une los estudios que han utilizado los criterios DSM-IV-TR (véase la tabla 4.62). Los estudios que han utilizado criterios del DSM-IV-TR han sido los que se han ofrecido cifras mayores de prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas del terrorismo en general (26%), seguido por los estudios que han utilizado los del DSM-III-R (22,1%) y los que han utilizado los del DSM-IV (6,2%-6,3%).

No obstante, dado que el DSM-IV-TR tienen los mismos criterios diagnósticos que el DSM-IV y aquél solo se utilizó en un estudio, sería más lógico concluir que, en general, parece que los criterios del DSM-III-R proporcionan cifras de prevalencia más altas del trastorno por estrés postraumático en víctimas del terrorismo que los criterios diagnósticos del DSM-IV o DSM-IV-TR. Sin embargo, en el caso de las víctimas directas, la prevalencia media más elevada fue la de los estudios que habían utilizado los criterios del DSM-IV (40,3%) (véase la tabla 4.63).

La presencia del trastorno depresivo mayor entre las víctimas del terrorismo ha sido analizada con mayor frecuencia tanto con criterios del DSM-III-R como con criterios del DSM-IV, aunque si a estos se le suman los estudios que han utilizado los criterios del DSM-IV-TR habría una pequeña diferencia en favor de los criterios DSM-IV/DSM-IV-TR (véase la tabla 4.62). Los estudios que han utilizado los criterios del DSM-III-R han encontrado cifras más altas de prevalencia del trastorno depresivo mayor entre las víctimas del terrorismo en general (10,1%) que los estudios que han utilizado los criterios del DSM-IV-TR (9,4%) y los que han utilizado los criterios del DSM-IV (7,8-8,2%), aunque, en el caso de las víctimas directas, la prevalencia más elevada obtenida sería la de los estudios que han utilizado los criterios DSM-IV (24,2%) (véase la tabla 4.64).

El trastorno de angustia se ha estudiado con los criterios del DSM-III-R y del DSM-IV (véase la tabla 4.62). La mayor prevalencia en todo tipo de víctimas se habría obtenido con los criterios del DSM-IV (9%), pero en este caso sería porque con los otros criterios no se han valorado muestras de víctimas directas, ni familiares y amigos

de víctimas directas, los cuales son los que mayor prevalencia tienen. Los únicos grupos en los que se podrían comparar los resultados obtenidos con los distintos criterios diagnósticos serían en el de intervinientes y en el de la población general, siendo casi similar la prevalencia encontrada con los criterios del DSM-IV y con los del DSM-III-R para los intervinientes (2,4% frente a 2,2%), pero siendo mayor con los criterios DSM-IV para la población general (11,9% frente a 4%) (véase la tabla 4.65).

La prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia solo se ha estudiado con el DSM-IV, por lo que no podemos comparar en este caso los resultados obtenidos con distintos criterios diagnósticos (véase la tabla 4.66).

En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada, se ha evaluado la prevalencia utilizando criterios DSM-III-R y DSM-IV (véase la tabla 4.62). Si nos fijamos en la prevalencia en todo tipo de víctimas, los estudios basados en los criterios del DSM-IV han obtenido una prevalencia media mayor del trastorno de ansiedad generalizada (4,5%) que los estudios que han utilizado los criterios del DSM-III-R (2,0%). Pero, este resultado es debido a que los criterios del DSM-III-R solo han sido utilizados en estudios con intervinientes, mientras que los criterios del DSM-IV también se ha utilizado con otros grupos de víctimas que suelen mostrar una mayor prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada que los intervinientes como, por ejemplo, las víctimas directas (6,9%) y la población general (8,6%) (véase la tabla 4.67). No obstante, cuando se comparan los resultados únicamente para los intervinientes, los estudios que han utilizado los criterios del DSM-IV siguen mostrando cifras más altas de prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada que los estudios que han utilizado los criterios del DSM-III-R, aunque las diferencias son menores (3,4% frente a 2,0%).

En cualquier caso, aunque los datos que se presentan en las tablas 4.63 a 4.67 tienen muchas limitaciones a la hora de extraer conclusiones firmes ya que cada trastorno se ha analizado con distintos tipos de víctimas y no ha sido analizado con todos los criterios diagnósticos ni con un número suficiente de estudios para cada combinación de tipo de víctima y tipo de criterio diagnóstico, sí que permiten sugerir que la utilización de unos criterios diagnósticos u otros puede tener importantes consecuencias para la estimación de la prevalencia de los trastornos psicológicos en las

víctimas del terrorismo y que, por tanto, es un factor que hay que considerar al comparar los resultados de prevalencia de los distintos estudios.

En las búsquedas bibliográficas realizadas, no se han encontrado estudios que ya hayan utilizado los criterios diagnósticos de la nueva edición del DSM-IV-TR, esto es, el DSM-5 (APA, 2013), pero es posible que a lo largo de los próximos años comiencen a publicarse estudios que utilicen sus criterios diagnósticos, los cuales presentan algunas modificaciones respecto a los criterios de la versión anterior, modificaciones que podrían afectar a la prevalencia de algunos de los trastornos que se han ido valorando a lo largo del capítulo, en concreto, a la prevalencia del trastorno por estrés postraumático y del trastorno depresivo mayor.

En cuanto al trastorno por estrés postraumático, el primer cambio que incorpora el DSM-5 frente al DSM-IV-TR es en relación con el tipo de exposición necesaria para poder valorar la presencia de este trastorno. Tal y como se puede apreciar en la tabla 4.68, en el DSM-5 ya no es necesario que la persona haya respondido a la exposición al acontecimiento traumático con un temor, una desesperanza o un horror intensos. También se especifica de forma más precisa el tipo de exposición necesaria para poder considerar si la persona puede presentar este trastorno (véase la tabla 4.68).

En esta nueva versión, además de los criterios diagnósticos clásicos referidos a los síntomas de reexperimentación, hiperactivación y evitación, también se incluye un apartado llamado alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo (véase la tabla 4.68). En este nuevo apartado se introducen síntomas que antes formaban parte del apartado de evitación (la “incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s)”, la “disminución importante del interés o la participación en actividades significativas” y el “sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás”), siendo algunos en esta ocasión más extensos en su alcance (“creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo”, en lugar de “sensación de un futuro desolador”, o “incapacidad persistente de experimentar emociones positivas” en lugar de “restricción de la vida afectiva”) y otros que no constaban como criterios diagnósticos en ninguno de los apartados de la anterior clasificación (“percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse

a sí mismo o a los demás”, y un “estado emocional negativo persistente”). Además, introduce un nuevo criterio sintomático dentro del grupo de síntomas de hiperactivación: el “comportamiento imprudente o autodestructivo”. Finalmente, en el DSM-5 se incluye el criterio diagnóstico de que “la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica”, el cual, aunque implícito en el DSM-IV-TR, no aparecía recogido como tal entre sus criterios diagnósticos (véase la tabla 4.68).

En el DSM-5 también aparece algún cambio respecto a los criterios del trastorno depresivo mayor que proponía el DSM-IV-TR, pero este se circunscribe al criterio de exclusión del duelo y, por lo tanto, prácticamente los criterios diagnósticos para dicho trastorno son iguales en ambos sistemas de clasificación diagnóstica (véase la tabla 4.69). No obstante, ese único cambio puede tener implicaciones importantes en relación con la estimación de la prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas de atentados terroristas.

En el DSM-IV-TR se excluía del diagnóstico de trastorno depresivo mayor a aquellos casos en los que existía sintomatología parecida a la sintomatología depresiva tras la pérdida de un ser querido pero o bien no había pasado más de 2 meses desde la pérdida o bien dichos síntomas no eran muy graves como, por el contrario, podría indicar la presencia de una incapacidad funcional acusada, de preocupaciones muy patológicas de inutilidad, de ideación suicida, de síntomas psicóticos o de enlentecimiento psicomotor, es decir, se excluían del diagnóstico de trastorno depresivo mayor los casos que se correspondían con un episodio de duelo, excepto en aquellos casos en los que el duelo durase más de dos meses o fuese de una gravedad excesiva.

El DSM-5 omite ese criterio de exclusión, aportando la siguiente nota explicativa: “las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida” (APA, 2013/2014, p. 161).

Esto quiere decir que la decisión para hacer un diagnóstico de trastorno depresivo mayor en el caso de síntomas similares a los depresivos tras la pérdida de un ser querido pasa, en el caso de que tales síntomas no sean muy graves, de un criterio relativamente objetivo como es la consideración de su duración temporal (los síntomas persisten o no durante al menos 2 meses o más), a un criterio más subjetivo que depende totalmente del juicio clínico y que es probable que afecte a las cifras de prevalencia del trastorno depresivo mayor en las víctimas del terrorismo durante los primeros meses tras los atentados, especialmente entre los familiares y amigos de los fallecidos en un atentado terrorista, entre las propias víctimas directas que además han perdido a algún familiar o amigo en el atentado o incluso entre los intervinientes que en algunos atentados (p. ej., los atentados del 11-S en Nueva York) también han sufrido la pérdida de compañeros de trabajo durante las labores de socorro y rescate.

4.5. Conclusiones respecto a la prevalencia de los trastornos psicológicos derivados de atentados terroristas

De la revisión de estudios que se ha realizado en este capítulo se pueden extraer algunas conclusiones generales respecto al estudio de la prevalencia de los trastornos psicológicos derivados de atentados terroristas. En primer lugar, parece claro que al evaluar dicha prevalencia es importante tener en cuenta el instrumento utilizado para realizar los diagnósticos de los distintos trastornos psicológicos y, en este sentido, los instrumentos más fiables y válidos son las entrevistas diagnósticas estructuradas o semiestructuradas o, al menos, cualquier procedimiento que tenga en cuenta el cumplimiento de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos psicológicos, por lo que, a la hora de hacer estimaciones de dicha prevalencia, habría que tomar en cuenta principalmente los datos de los estudios basados en entrevistas y/o criterios diagnósticos.

Teniendo en cuenta los resultados de esta revisión, la segunda conclusión que se puede extraer es que el trastorno por estrés postraumático es el trastorno más evaluado

en víctimas de terrorismo, aunque también se han evaluado el trastorno depresivo mayor y, en menor medida, el trastorno de angustia, la agorafobia sin historia de angustia y el trastorno de ansiedad generalizada.

En tercer lugar, al comparar los resultados obtenidos en los estudios basados en entrevistas diagnósticas con los resultados obtenidos en los estudios basados en instrumentos de cribado, se puede concluir que, en general, las prevalencias medias de los distintos trastornos en los segundos estudios son mayores que las encontradas en los primeros, salvo en el caso del trastorno de angustia y también, puesto que no se ha podido comprobar por falta de datos, salvo en el caso de la agorafobia

En cuarto lugar, tomando como referencia los estudios llevados a cabo con entrevistas diagnósticas, por ser, como ya se ha dicho, los más rigurosos a la hora de realizar los diagnósticos de los distintos trastornos, el grupo de víctimas más afectado en general sería el de víctimas directas, siendo la prevalencia de trastornos psicológicos algo menor en familiares y amigos de víctimas directas y aún menor en aquellas personas que intervinieron en los atentados y en la población general. Sin embargo, en el caso del trastorno depresivo mayor y el trastorno de angustia, parece que la prevalencia es mayor en familiares y amigos de víctimas directas que en las víctimas directas, resultado que debe tomarse con cautela por la escasez de estudios respecto a las repercusiones psicopatológicas en familiares y amigos de víctimas directas. Otra puntualización importante es que la población general presenta una mayor prevalencia que los intervinientes en todos los trastornos psicológicos revisados, excepto en el caso del trastorno por estrés postraumático. De hecho, en el caso del trastorno de ansiedad generalizada, la prevalencia en la población general es mayor que en víctimas directas e intervinientes. De nuevo, la escasez de estudios sobre el trastorno de ansiedad generalizada aconseja la realización de nuevas investigaciones para aclarar ese resultado sorprendente. Además, no se han encontrado estudios en los que se evalúen el trastorno de ansiedad generalizada y la agorafobia sin historia de angustia en familiares y amigos de víctimas directas, lo que de nuevo apunta a ciertas lagunas importantes en la literatura científica que requieren la realización de nuevos estudios.

La prevalencia media de cada trastorno en la población de víctimas en general es mayor para la agorafobia sin historia de trastorno de angustia (10,8%), siendo algo

menor para el trastorno depresivo mayor (8,9-9,1%), el trastorno de angustia (8,3%) y el trastorno por estrés postraumático (6,5%-6,6%), y aún menor en el caso del trastorno de ansiedad generalizada (3,9%). Pero estos porcentajes medios no serían representativos, puesto que todo depende de los tamaños muestrales de los distintos grupos de víctimas ya que tales grupos difieren de manera muy marcadas en cuanto a la prevalencia de los trastornos psicológicos. Así, como las prevalencias de los trastornos en la población general suelen ser más bajas, pero los estudios que las han evaluado tienen unos tamaños muestrales mayores que los estudios que han evaluado al resto de grupos de víctimas, tales tamaños muestrales hacen reducir considerablemente la prevalencia media de los trastornos psicológicos en las víctimas del terrorismo tomadas conjuntamente y distorsionan además la frecuencia diferencial de cada trastorno.

En realidad, si analizamos las prevalencias por grupos de víctimas, especialmente en víctimas directas que son las más afectadas, las prevalencias medias serían muy distintas. Por tanto, otra conclusión que se puede extraer de la revisión es que en las víctimas directas el trastorno por estrés postraumático sería el trastorno más prevalente (37,8%), seguido por el trastorno depresivo mayor (21,4%), la agorafobia sin historia de angustia (20,2%) y en menor medida el trastorno de ansiedad generalizada (6,9%) y el trastorno de angustia (6,2%). En el grupo de familiares y amigos de víctimas directas, la prevalencia mayor sería la del trastorno depresivo mayor (31,3%), seguido por el trastorno por estrés postraumático (29,3%) y el trastorno de angustia (22,1%). En este caso no se analizan el trastorno de ansiedad generalizada ni la agorafobia sin historia de angustia, porque no se han encontrado estudios al respecto.

Otra conclusión que se puede extraer de la revisión tiene que ver con la evolución temporal de las prevalencias de los distintos trastornos. En el caso del trastorno por estrés postraumático, del trastorno depresivo mayor, del trastorno de angustia y del trastorno de ansiedad generalizada, parece haber una tendencia al aumento de síntomas entre los primeros 3 meses y los 6-9 meses, que luego vuelven a disminuir a los 12 meses, volviendo a aumentar con el paso de los años. Estos análisis coinciden con lo planteado por DiMaggio y Galea (2006), lo cual nos hace plantearnos que en las víctimas de atentados terroristas puede haber un repunte de la sintomatología, años después de los atentados. No obstante, ante la escasez de estudios longitudinales, estas conclusiones que comparan estudios que han estudiado a muestras de víctimas

distintas en distintos momentos temporales, deberían tomarse con cautela y deberían ponerse de nuevo a prueba con períodos temporales más extensos.

Finalmente, de la revisión realizada en este capítulo se puede concluir también que, en relación con el estudio de las consecuencias psicopatológicas en víctimas del terrorismo, los criterios diagnósticos más utilizados en los estudios llevados a cabo hasta la fecha son los correspondientes al DSM-IV, y que la utilización de criterios diagnósticos distintos (p. ej., los nuevos criterios del DSM-5) pueden afectar a las cifras de prevalencia que se obtengan. De hecho, los estudios que han utilizado los criterios diagnósticos del DSM-III-R han obtenido cifras de prevalencia que a veces difieren notablemente respecto a las proporcionadas por los estudios que han utilizado los criterios diagnósticos del DSM-IV (o del DSM-IV-TR), por lo que la cuestión de la elección de los criterios diagnósticos más apropiados parece un tema a considerar seriamente tanto en la realización de nuevos estudios como en la interpretación de los resultados de la literatura científica.

Tabla 4.3. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno por estrés postraumático
North <i>et al.</i> (1999) ^a	19/04/1995; bomba en edificio federal en Oklahoma, EE. UU.	182 supervivientes	4-8 meses (media: 6 meses)	“Diagnostic Interview Schedule (DIS)/Disaster Supplement (DS)” y criterios DSM-III-TR	34,3%
Gil (2005)	Atentado en un autobús que iba hacia la Universidad de Haifa (Israel)	81 personas expuestas a la explosión	6 meses	“Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV” (SCID)	18%
North <i>et al.</i> (2005)	07/08/1998 Atentados con bomba en Nairobi, Kenia	227 víctimas directas (99 hombres y 128 mujeres)	8-10 meses	“Diagnostic Interview Schedule (DIS)/Disaster Supplement (DS)” basada en los criterios DSM-IV	39,2% ^b (48,8% de las mujeres y 33,7% de los hombres)
Shalev y Freedman (2005)	Atentados cometidos durante los años 1996-2002 en Jerusalén, Israel	39 supervivientes heridos	4 meses	“Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale” (CAPS) basada en criterios DSM-IV	35,9% ^c
Gil y Caspi (2006)	Bomba en un autobús de estudiantes en la primavera de 2003 en Haifa (Israel)	180 víctimas directas	6 meses	Adaptación a hebreo de la “Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV disorders” (SCID)	61%
Conejo-Galindo <i>et al.</i> (2008)	11-M; 11/04/2004; Madrid, España	56 heridos supervivientes (56 en T1, 44 en T2 y 42 en T3)	T1: 1 mes T2: 6 meses T3: 1 año	Versión española de la “Mini international neuropsychiatric interview” (MINI), entrevista diagnóstica basada en criterios DSM-IV	33,1% ^d (T1: 35,7%, T2:34,1%, T3: 28,6%)

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno por estrés postraumático
Ankri <i>et al.</i> (2010)	Atentados terroristas suicidas contra autobuses (19/08/2003, 29/01/2004 y 15/02/2004) en Jerusalén, Israel	53 víctimas directas: - 20 considerados judíos ultra ortodoxos (del 1º atentado) en la fase de entrevista telefónica (13 en la 1ª evaluación clínica y 11 en la 2ª) - 33 considerados judíos no ultra ortodoxos (de los tres atentados) en la fase de entrevista telefónica (24 en la 1ª evaluación clínica y 20 en la 2ª)	- 1ª entrevista clínica: s. d. ^e - 2ª entrevista clínica: s. d. ^e	“The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)” basada en criterios DSM-IV	54,3% ^d (1ª entrevista clínica: grupo ultra ortodoxo, 84%, y grupo no ultra ortodoxo, 75%; 2ª entrevista clínica: grupo ultra ortodoxo, 54,55%, y grupo no ultra ortodoxo, 10%)
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					41,2%

^a Nota: No se incluyen en la tabla los datos de las muestras de víctimas del atentado de Oklahoma, aproximadamente 6 meses después del atentado, correspondientes a los artículos de North *et al.* (2005) y North *et al.* (2011), puesto que sería la misma muestra valorada en North *et al.* (1999). En el caso de North *et al.* (2005), se especifican las prevalencias por sexo (40,4% de las mujeres y 21,8% de los hombres), al haber 88 hombres y 94 mujeres, se calcula una prevalencia ponderada de 31,3%, la cual no coincide exactamente con el dato de 34,3 % aportado por North *et al.* (1999), pero se toma este último por ser el porcentaje general que aportan de forma directa los autores. Los datos de 2011 se aportan solo respecto a los 113 que se evalúan de nuevo a los 7 años, y el porcentaje asciende a un 41%. En este caso decidimos quedarnos con los datos de North *et al.* (1999), por ser el estudio que toma en cuenta toda la muestra evaluada. Los datos de North *et al.* (2011), correspondientes a los 7 años, si se reflejan en la siguiente tabla.

^b Nota: Dato no incluido en el artículo, sino calculado a través de la información aportada en el mismo

^c Nota: Cálculo a partir de las frecuencias informadas en el artículo de Shalev y Freedman (2005) resultaría en un valor de 35,9%. Se calcula este valor, puesto que en el artículo no se aclara de forma fiable el dato (apareciendo como 37,8% en el resumen y 36,7% en los resultados)

^d Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis

^e Nota: sin datos en el artículo (s. d.).

Tabla 4.4. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas directas de atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Ohtani <i>et al.</i> (2004)	Ataque con gas Sarín el 20/03/1995 en el metro de Tokio	34 víctimas que fueron atendidas en emergencias del Hospital Internacional de St. Luke	5 años	“Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale” (CAPS) basada en criterios DSM-IV	32,4%
North <i>et al.</i> (2011)	19/04/1995, bomba en edificio federal en la ciudad de Oklahoma, EE. UU.	113 supervivientes	7 años	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS)/“Disaster Supplement” (DS) y criterios DSM-IV-TR	26%
Zhang <i>et al.</i> (2013)	Ataques con bomba en la embajada de EE. UU. en Nairobi (Kenia) en 1998	128 ciudadanos keniatas expuestos de forma directa al bombardeo (el 96% de ellos heridos)	Media de 31,2 meses	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS) /“Disaster Supplement” (DS) para DSM-IV	28%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					27,7%

Tabla 4.5. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en familiares y amigos de víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno por estrés postraumático
Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi, Muñoz y Casado (2005) ^a	11-M 11/04/2004 Madrid, España	117 familiares y amigos de heridos/víctimas mortales y/o heridos supervivientes (el 7,7% habían resultado heridos ellos mismos)	1-3 meses (5-12 semanas)	“Entrevista PE-IIM” basada en el “National Women’s Study” (NWS) cumpliendo ambas criterios DSM-IV	28,2%
Gil y Caspi (2006)	Bomba en un autobús de estudiantes en la primavera de 2003 en Haifa (Israel)	50 familiares y amigos de víctimas directas	6 meses	Adaptación a hebreo de la “Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV disorders” (SCID)	32%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					29,3%

^a Nota: No se incluyen en la tabla las muestras de Iruarrizaga *et al.* (2004), Miguel-Tobal *et al.* (2004), y Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005), por estar incluidos en Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi, Muñoz y Casado (2005), siendo esta última nota de prensa publicada por la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) el 4 de marzo de 2005. Se toma el dato de prevalencia de la nota de prensa (28,2%), puesto que este dato toma en cuenta solo los casos de trastorno por estrés postraumático relacionados con los atentados, mientras que la cifra especificada en los artículos (35,9%) representa todos los casos de estrés postraumático relacionados o no con los atentados

Tabla 4.6. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en intervinientes en atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005) ^a	11-M 11/04/2004 Madrid, España	165 profesionales/voluntarios equipos de rescate/emergencias	1-3 meses (5-12 semanas)	“Entrevista PE-IIM” basada en el “National Women’s Study” (NWS) cumpliendo ambas criterios DSM-IV	1,2 %
Zimering <i>et al.</i> (2006)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	109 trabajadores de socorros	T1: 1-3 meses T2: 6-8 meses	“Clinician Administered PTSD Scale” (CAPS) basada en criterios DSM-IV	5,5% ^b (T1: 11% ^c (4,6% relacionado con la exposición indirecta + 6,4% relacionado con la exposición directa) y T2:0%)
Jayansinghe <i>et al.</i> (2008)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.040 trabajadores de equipos de rescate destinados al World Trade Center	1 año	“Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale” (CAPS) y “PTSD Checklist” (PCL) usado como medida continua, basadas en criterios DSM-IV	6,8%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					6%

^a Nota: No se incluyen en la tabla las muestras de Miguel-Tobal *et al.* (2004) y Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi, Muñoz y Casado (2005) por estar Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005).

^b Nota: Media calculada de los valores aportados entre paréntesis.

^c Nota: Media calculada de los valores aportados en el artículo.

Tabla 4.7. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en intervinientes en atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
De Clercq <i>et al.</i> (1999)	Atentado en el auditorio de la Universidad de Lovaina (Bélgica) en 1990	15 médicos y enfermeros que atendieron a los heridos	3 años	“ <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> ” (SCID)	13%
North <i>et al.</i> (2002)	19/04/1995 Oklahoma, EE. UU.	176 bomberos	15-41 meses (media = 34 meses)	“ <i>Diagnostic Interview Schedule (DIS)/Disaster Supplement (DS)</i> ” basada en <i>criterios DSM-III-TR</i>	13%
Evans <i>et al.</i> (2006)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	626 trabajadores destinados al World Trade Center	21-25 meses	“ <i>Clinician-Administered Scale</i> ” (CAPS) y “ <i>PTSD Checklist</i> ” (PCL) utilizado como medida continua, basadas en <i>criterios DSM-IV</i>	5,8%
Evans <i>et al.</i> (2009)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	842 trabajadores destinados al World Trade Center	17-27 meses	“ <i>Clinician-Administered Scale</i> ” (CAPS) y “ <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i> ” (SCID)	5,9%
Cukor <i>et al.</i> (2011)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.960 trabajadores destinados al World Trade Center	10-34 meses	“ <i>Clinician-Administered PTSD Scale</i> ” (CAPS) y “ <i>PTSD Checklist</i> ” (PCL) tomando como punto de corte ≥ 50 y siguiendo <i>criterios DSM-IV</i>	8%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					7,5%

Tabla 4.8. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población general durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Galea <i>et al.</i> (2003) ^a	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	4.559 adultos de Nueva York cuando ocurrió el atentado - T1: Muestra de 988 adultos residentes en Manhattan - T2: Muestra de 2001 adultos residentes en Nueva York (506 en Manhattan) - T3: Muestra de 1570 adultos residentes en Nueva York (854 en Manhattan)	T1: 1 mes T2: 4 meses T3: 6 meses	Módulo de trastorno por estrés postraumático de la <i>National Women's Study (NWS)</i> basada en <i>criterios DSM-IV</i>	2,5% ^b (Todos los entrevistados residentes en Nueva York: 1,9% ^b (T2:2,3%, T3: 1,5%) y solo residentes en Manhattan: 3,7% ^b (T1: 7,5%, T2: 1,7%, T3: 0,6%))
Boscarino, Adams y Figley (2004) ^c	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.368 adultos de Nueva York, EE. UU.	1 año	Módulo de TEPT de la “ <i>National Women's Study</i> ” (<i>NWS</i>) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	5,3%
Galea <i>et al.</i> (2004)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.616 adultos del área metropolitana de Nueva York	6-9 meses	Módulo de TEPT de la “ <i>National Women's Study</i> ” (<i>NWS</i>) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	6,1%
Nandi <i>et al.</i> (2005)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.001 adultos residentes en Nueva York	4 meses	Entrevista basada en el módulo de TEPT de la “ <i>National Women's Study</i> ” (<i>NWS</i>) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	7,4%

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Lawyer <i>et al.</i> (2006)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.001 adultos residentes en Nueva York	4 meses	El módulo para TEPT de la “ <i>National Women’s Study</i> ” (NWS) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	1,7%
Stuber <i>et al.</i> (2006)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.752 adultos del área metropolitana de Nueva York	6-9 meses	El módulo para TEPT de la “ <i>National Women’s Study</i> ” (NWS) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	5,4%
Salguero, Cano-Vindel <i>et al.</i> (2011) ^{d,e}	11-M 11/04/2004 Madrid, España	1.589 adultos residentes en Madrid (324 residentes en las zonas afectadas por las explosiones) T1: 1.589 en T1 T2: 1.008 en T2	T1: 1 mes (1-3 meses) T2: 1 año (13-15 meses)	“ <i>Entrevista PE-IIM</i> ” basada en el “ <i>National Women’s Study</i> ” (NWS) cumpliendo ambas <i>criterios DSM-IV</i>	3,8% ^b (T1: 4%, T2: 3,5%)
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					4,4%

^a Nota: No se incluyen en la tabla las muestras de Galea, Ahern *et al.* (2002), Galea, Boscarino *et al.* (2002), Boscarino *et al.* (2003), Boscarino, Galea, *et al.* (2004) por estar incluidas en Galea (2003). En Galea, Boscarino *et al.* (2002) y Boscarino *et al.* (2003) comentan que usaron una versión modificada de “*The Diagnostic Interview Schedule*” (DIS) basada en *criterios DSM-IV* pero obtienen los mismos resultados. En Boscarino, Galea, *et al.* (2004) no se toma en cuenta la prevalencia del momento de la evaluación, sino en general la relacionada con el atentado

^b Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis

^c Nota: No se incluyen los artículos de Adams y Boscarino (2005) y Adams y Boscarino (2006), por estar incluida su muestra en el estudio de Boscarino, Adams y Figley (2004). Se toma este último, por ser el único que incluye la prevalencia global de la muestra. En el estudio de Adams y Boscarino (2005) se analiza la prevalencia por grupos étnicos, teniendo en cuenta por tanto solo a los que habían aportado esa información, 2.180, de los 2.368 de la muestra total, (de los cuales 1.015 eran blancos, 606 afroamericanos, 114 dominicanos, 256 puertorriqueños y 189 otros latinos). Si calculamos la prevalencia ponderada, a partir de las prevalencias de cada grupo étnico (blancos: 4%, afroamericanos: 5,5%, dominicanos: 5,3%, puertorriqueños: 8,4%, otros latinos: 5%) obtenemos una prevalencia de 5,1%, la cual es similar a la del estudio de Boscarino, Adams y Figley (2004), aunque no es la misma debido a que se tienen en cuenta un menor número de sujetos. En el estudio de Adams y Boscarino (2006), se analiza la prevalencia al año según el sexo (1.016 hombres y 1.352 mujeres). Se obtiene una prevalencia ponderada de 4,9% a partir de las

prevalencias aportadas en el estudio según el sexo (3,2% en hombres, 6,2% en mujeres). La prevalencia ponderada debería coincidir con la aportada por de Boscarino, Adams y Figley (2004), porque esta vez si es la misma muestra, pero es algo menor. Los datos respecto a los dos años, se presentan en la siguiente tabla.

^d Nota: No se incluyen en la tabla las muestras de Miguel-Tobal *et al.* (2004), Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarizaga, González-Ordi y Galea (2005), Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarizaga, González-Ordi, Muñoz y Casado (2005) y Miguel-Tobal *et al.* (2006), por estar incluidas en Salguero, Cano-Vindel *et al.* (2011). Se decide incluir la de Salguero, Cano-Vindel *et al.* (2011) por incluir más evaluaciones en el tiempo, en los anteriores solo se evalúa 1-3 meses. La prevalencia del 4%, sería la prevalencia encontrada tras los atentados, pero sí quisiéramos evaluar de esa prevalencia tomando en cuenta solo los trastornos de estrés postraumático relacionados con los atentados, la prevalencia sería de un 3,5%, como se especifica en Miguel-Tobal *et al.* (2006)

^e Nota: En el artículo de Salguero, Cano-Vindel *et al.* (2011) se comenta que se llevó a cabo una evaluación a los 6 meses (7-9 meses) a 1.192 adultos residentes en Madrid, pero no se especifica la prevalencia de trastorno por estrés postraumático obtenida, por lo que no se toma en cuenta esta evaluación en la tabla

Tabla 4.9. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población general más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Pfefferbaum <i>et al.</i> (2002)	19/04/1995 Oklahoma, EE. UU.	27 parejas de los bomberos que intervinieron	42-44 meses	“ <i>Diagnostic Interview Schedule</i> ” (DIS) basada en <i>criterios DSM-III-R</i>	4%
Shear <i>et al.</i> (2006) ^a	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	149 destinatarios de “Project liberty services” (72 conocían a alguien y 77 no conocían a nadie fallecido en los atentados)	1,5 años	El módulo para TEPT de la “ <i>National Women’s Study</i> ” (NWS) basada en <i>criterios DSM-IV</i> (explicita basarse en el mismo instrumento que Galea, Ahern <i>et al.</i> (2002)) + Cumplimiento la presencia de al menos, un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos de hiperactivación de los <i>criterios DSM-IV</i>	30,2% ^b (40% en aquellos que conocen algún fallecido, 21% en aquellos que no)
Boscarino y Adams (2009) ^c	11-S; 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.681 adultos residentes en Nueva York	2 años	La escala para pánico de la “ <i>Diagnostic Interview Schedule</i> ” (DIS) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	3,8%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					5,9%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra) sin tomar en cuenta el artículo de Shear <i>et al.</i> (2006) ^a					3,8%

^a Nota: En el artículo de Shear *et al.* (2006) podemos observar que el porcentaje de personas que conocían a alguien fallecido en los atentados es muy elevado, por lo que la prevalencia de trastorno por estrés postraumático valorada es muy elevada respecto al resto de estudios con población general. Por este motivo se decidió calcular el porcentaje medio dos veces, la primera incluyendo este dato y la segunda excluyéndolo

^b Nota: Dato no incluido en el artículo, sino calculado a través de la información aportada en el mismo

^c Nota: No se incluye la muestra del estudio de Adams y Boscarino (2006), por estar incluida en el de Boscarino y Adams (2009). En el artículo de Adams y Boscarino (2006), se presenta la misma muestra de 1.681 sujetos (693 hombres y 988 mujeres), pero se muestran las prevalencias en función del sexo (3,7% en hombres, 3,9% en mujeres). La prevalencia ponderada sería de un 3,8%, la cual coincide exactamente con la prevalencia presentada por Boscarino y Adams (2009).

Tabla 4.10. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, basada en entrevistas diagnósticas. Tabla resumen*

Momento de la evaluación		Víctimas directas	Familiares y amigos de víctimas directas	Intervinientes	Población general	Todos los grupos de víctimas Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)
1mes-1año tras los atentados	Prevalencia	41,2%	29,3%	6%	4,4%	6,2%
	N	818	167	1.314	17.886	20.185
≥ 1 año tras los atentados	Prevalencia	27,7%	s.d.	7,5%	5,9% (3,8% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	7,9% (7,3% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))
	N	275	s.d.	4.619	1.857 (1.708 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	6.751 (6.602 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))
Prevalencia ponderada (incluye ambos momentos)	Prevalencia	37,8%	29,3%	7,2%	4,5% (4,3% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	6,6% (6,5% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))
	N	1.093	167	5.933	19.743 (19.594 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	26.996 (26.847 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))

*Nota: Tabla resumen de los porcentajes medios del trastorno por estrés postraumático, encontrados en los distintos grupos de víctimas, así como el porcentaje medio general

Tabla 4.11. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno depresivo mayor
North <i>et al.</i> (1999) ^a	19/04/1995 Oklahoma, EE. UU.	182 supervivientes	4-8 meses (media: 6 meses)	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS)/ “Disaster Supplement” (DS) y criterios DSM-III-TR	22,5%
North <i>et al.</i> (2005)	07/08/1998 Ataques con bomba en Nairobi, Kenia	227 víctimas directas (99 hombres y 128 mujeres)	8-10 meses	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS)/ “Disaster Supplement” (DS) basada en los criterios DSM-IV	19,4 % ^b (23,6% en mujeres y 15,8% en hombres)
Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	127 víctimas directas, las cuales resultaron heridas y necesitaron asistencia médica	5-12 semanas	Versión española de la “Mini international neuropsychiatric interview” (MINI), entrevista diagnóstica basada en criterios CIE-10 y DSM-IV	31,5%
Conejo-Galindo <i>et al.</i> (2008)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	56 heridos supervivientes (56 en T1, 44 en T2 y 42 en T3)	T1: 1 mes T2: 6 meses T3: 1 año	Versión española de la “Mini international neuropsychiatric interview” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los criterios DSM-IV	26,8% ^c (T1: 28,6%, T2: 22,7%, T3: 28,6%)
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					23,6%

^a Nota: No se incluyen en la tabla los datos de las muestras de víctimas del atentado de Oklahoma, aproximadamente 6 meses después del atentado, correspondientes a los artículos de North *et al.* (2005) y North *et al.* (2011), puesto que sería la misma muestra valorada en North *et al.* (1999). En el caso de North *et al.* (2005), se especifican las prevalencias por sexo (29,8% en mujeres y 11,4% en hombres), al haber 88 hombres y 94 mujeres, se calcula una prevalencia ponderada de 20,9%, la cual no coincide exactamente con el dato de 22,5 % aportado por North *et al.* (1999), pero se toma este último, por ser el porcentaje general que aportan de forma directa los autores. Los datos de 2011 se aportan solo respecto a los 113 que se evalúan de nuevo a los 7 años, y el porcentaje asciende a un 38%. En este caso decidimos quedarnos con los datos de North *et al.* (1999), por ser el estudio que toma en cuenta toda la muestra evaluada. Los datos de North *et al.* (2011), correspondientes a los 7 años, si se reflejan en la siguiente tabla.

^b Nota: Dato no incluido en el artículo, sino calculado a través de la información aportada en el mismo.

^c Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis.

Tabla 4.12. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas de atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno depresivo mayor
North <i>et al.</i> (2011)	19/04/1995 Oklahoma, EE. UU.	113 supervivientes	7 años	“Diagnostic Interview Schedule (DIS)/Disaster Supplement” (DS) y criterios DSM-IV-TR	10%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					10%

Tabla 4.13. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en familiares y amigos de víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado/s	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno depresivo mayor
Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005) ^a	11-M 11/04/2004 Madrid, España	117 familiares y amigos de heridos/víctimas mortales y/o heridos supervivientes (un 7,7% de la muestra resultaron heridos)	1-3 meses (5-12 semanas)	Versión adaptada del módulo de Trastorno Depresivo Mayor de la “Structured Clinical Interview for DSM-III-R” (SCID)	31,3%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					31,3%

^a Nota: No se incluyen en la tabla las muestras de Iruarrizaga *et al.* (2004), Miguel-Tobal *et al.* (2004), y Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi, Muñoz y Casado (2005) por estar incluidos en Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005).

Tabla 4.14. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en intervinientes en atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno depresivo mayor
Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005) ^a	11-M 11/04/2004 Madrid, España	165 profesionales/voluntarios equipos de rescate/emergencias	1-3 meses (5-12 semanas)	Versión adaptada del módulo de trastorno depresivo mayor de la “ <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> ” (SCID)	2%
Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	153 policías involucrados en las labores de rescate	5-12 semanas	Versión española de la “ <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> ” (MINI), entrevista diagnóstica basada en criterios CIE-10 y DSM-IV	1,3%
Jayansinghe <i>et al.</i> (2008)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.040 trabajadores de equipos de rescate destinados al World Trade Center	1 año	“ <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> ” (SCID)	4,6%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					3,9%

^a Nota: No se incluyen en la tabla las muestras de Miguel-Tobal *et al.* (2004) y Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi, Muñoz y Casado (2005) por estar Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005).

Tabla 4.15. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en intervinientes en atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno depresivo mayor
North <i>et al.</i> (2002) ^a	19/04/1995 Oklahoma	176 bomberos	15-41 meses (media = 34 meses)	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS)/ “Disaster Supplement” (DS) basada en los criterios DSM-III-TR	8%
Cukor <i>et al.</i> (2011)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.960 trabajadores destinados al World Trade Center	10-34 meses	Versión validada del Módulo de Trastorno Depresivo Mayor de la “Structured Clinical Interview for DSM-IV” (SCID)	6%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					6,1%

^a Nota: No se especifica que la prevalencia es un 8% en el texto del artículo, pero el dato se puede extraer de la gráfica incluida en el mismo

Tabla 4.16. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en población general durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno depresivo mayor
Galea, Boscarino <i>et al.</i> (2002) ^a	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.989 988 adultos de Manhattan (en T1) 2001 adultos de Nueva York, de los cuales 506 son de Manhattan (en T2)	T1: 1-2 meses T2: 4-5 meses	Versión validada del módulo de Trastorno Depresivo Mayor de la “ <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i> ” (SCID)	7,8% ^b (En los residentes en Manhattan: 7,8% (9,7% en T1, 4,2% en T2) y en los residentes de toda Nueva York: (7,8% en T2))
Boscarino, Adams y Figley (2004) ^c	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.368 adultos de Nueva York, EE. UU.	1 año	Módulo de trastorno depresivo mayor de la “ <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> ” (SCID), versión para no pacientes	11,8%
Nandi <i>et al.</i> (2005)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.001 adultos residentes en Nueva York	4 meses	Entrevista basada en el módulo de TEPT de la “ <i>National Women’s Study</i> ” (NWS) basada a su vez en criterios DSM-IV	7,4%
Person <i>et al.</i> (2006) ^d	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.700 adultos de del área metropolitana de Nueva York	6 meses	Apartado de Trastorno Depresivo Mayor de la “ <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR</i> ” (SCID)	9,4%
Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	485 adultos de la población general de Alcalá de Henares	5-12 semanas	Versión española de la “ <i>Mini international neuropsychiatric interview</i> ” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los criterios CIE-10 y DSM-IV	8,5%

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno depresivo mayor
Salguero, Cano-Vindel <i>et al.</i> (2011) ^{e, f}	11-M 11/04/2004 Madrid, España	1.589 adultos residentes en Madrid (324 residentes en las zonas afectadas por las explosiones) T1: 1.589 en T1 T2: 1.008 en T2	T1: 1 mes (1-3 meses) T2: 1 año (13-15 meses)	Versión adaptada del módulo de Trastorno Depresivo Mayor de la “ <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> ” (SCID)	7,7% ^b (T1: 8%, T2: 7,1%)
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					8,9%

^a Nota: No se incluyen en la tabla las muestras de Galea, Ahern *et al.* (2002), Boscarino *et al.* (2003), Boscarino, Galea *et al.* (2004) por estar incluidas en el artículo de Galea, Boscarino *et al.* (2002). Se toman los datos. El dato de prevalencia de trastorno depresivo mayor en la población de Nueva York en T2, se toma del artículo Boscarino, Galea *et al.* (2004), puesto que en Galea, Boscarino *et al.* (2002) no viene reflejada. En Boscarino, Galea *et al.* (2004) comentan que usaron la versión de la SCID basada en *criterios DSM-III-R* (“*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*”), lo cual entendemos que es un error puesto que en el resto de artículos, en los que tratan con la misma muestra y aportan la misma prevalencia de trastorno depresivo mayor como resultado, mencionan haber utilizado la versión basada en *criterios DSM-IV* (“*Structured Clinical Interview for DSM-IV*”), incluidos estudios con fecha de publicación anterior.

^b Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis

^c Nota: No se incluye el artículo de Adams y Boscarino (2005), por estar incluida su muestra en el estudio de Boscarino, Adams y Figley (2004). Se toma este último, por ser el único que incluye la prevalencia global de la muestra. En el estudio de Adams y Boscarino (2005) se analiza la prevalencia por grupos étnicos, teniendo en cuenta por tanto solo a los que habían aportado esa información, 2.180, de los 2.368 de la muestra total, (de los cuales 1.015 eran blancos, 606 afroamericanos, 114 dominicanos, 256 puertorriqueños y 189 otros latinos). Si calculamos la prevalencia ponderada, a partir de las prevalencias de cada grupo étnico (blancos: 12,9%, afroamericanos: 10,9%, dominicanos: 18,1%, puertorriqueños: 16,1%, otros latinos: 6,4%) obtenemos una prevalencia de 12,3%, la cual es similar a la del estudio de Boscarino, Adams y Figley (2004), aunque no es la misma debido a que se tienen en cuenta un menor número de sujetos.

^d Nota: No se incluyen en la tabla los datos de Bonanno *et al.* (2007) y Beard *et al.* (2008), puesto que son exactamente los mismos que los presentados por Person *et al.* (2006), obteniendo en los tres casos una prevalencia de 9,4% , por lo que se infiere que son la misma muestra

^e Nota: No se incluyen en la tabla las muestras de Miguel-Tobal *et al.* (2004), Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005), Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi, Muñoz y Casado (2005) y Miguel-Tobal *et al.* (2006), por estar incluidas en Salguero, Cano-Vindel *et al.* (2011).). Se decide incluir la de Salguero, Cano-Vindel *et al.* (2011) por incluir más evaluaciones en el tiempo, en los anteriores solo se evalúa 1-3 meses.

^f Nota: En el artículo de Salguero, Cano-Vindel *et al.* (2011) se comenta que se llevó a cabo una evaluación a los 6 meses (7-9 meses) a 1.192 adultos residentes en Madrid, pero no se especifica la prevalencia del trastorno por estrés postraumático obtenida, por lo que no se toma en cuenta esta evaluación en la tabla.

Tabla 4.17. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en población general más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno depresivo mayor
Pfefferbaum <i>et al.</i> (2002)	19/04/1995 Oklahoma, EE. UU.	27 parejas de los bomberos que intervinieron	42-44 meses	“ <i>The Diagnostic Interview Schedule</i> ” (DIS) basada en criterios DSM-III-R	19%
Shear <i>et al.</i> (2006) ^a	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	149 destinatarios de “Project liberty services” (72 conocían a alguien que falleció en los atentados, 77 no)	1,5 años	El módulo para TEPT de la “ <i>National Women’s Study</i> ” (NWS) basada en criterios DSM-IV (explicita basarse en el mismo instrumento que Galea, Ahern <i>et al.</i> (2002))	30,9% ^b (40% en aquellos conocen a alguien que falleció en los atentados, 22% en aquellos que no)
Boscarino y Adams (2009)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.681 adultos residentes en Nueva York	2 años	Módulo de Trastorno Depresivo Mayor de la “ <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> ” (SCID), versión para no pacientes	11,6%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra) sin tomar en cuenta el artículo de Shear <i>et al.</i> (2006) ^a					13,3% 11,7%

^a Nota: En el artículo de Shear *et al.* (2006) podemos observar que el porcentaje de personas que conocían a alguien fallecido en los atentados es muy elevado, por lo que la prevalencia del trastorno depresivo mayor valorada es muy elevada respecto al resto de estudios con población general. Por este motivo se decidió calcular el porcentaje medio dos veces, la primera incluyendo este dato y la segunda excluyéndolo

^b Nota: Dato no incluido en el artículo, sino calculado a través de la información aportada en el mismo

Tabla 4.18. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas. Tabla resumen*

Momento de evaluación		Víctimas directas	Familiares y amigos de víctimas directas	Intervinientes	Población general	Todos los grupos de víctimas Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)
1mes-1año tras los atentados	Prevalencia	23,6%	31,3%	3,9%	8,9%	9,2%
	N	592	117	1.358	12.132	14.199
≥ 1 año tras los atentados	Prevalencia	10%	s.d. ^a	6,1%	13,3% (11,7% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	8,8% (8,1% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))
	N	113	s.d. ^a	3.136	1.857 (1.708 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	5.106 (4.957 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))
Prevalencia ponderada (incluye ambos momentos)	Prevalencia	21,4%	31,3%	5,4%	9,5% (9,2% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	9,1% (8,9% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))
	N	705	117	4.494	13.989 (13.840 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	19.305 (19.156 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))

*Nota: Tabla resumen de los porcentajes medios de trastorno depresivo mayor, encontrados en los distintos grupos de víctimas, así como el porcentaje medio general

^a Nota: Sin datos (s.d.)

Tabla 4.19. Prevalencia del trastorno de angustia en víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno de angustia
North <i>et al.</i> (2005) ^a	07/08/1998 Ataques con bomba en Nairobi, Kenia	227 víctimas directas (99 hombres y 128 mujeres)	8-10 meses	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS)/ “Disaster Supplement” (DS) basada en criterios DSM-IV	4% ^b (4,7% de las mujeres y 3,0% de los hombres)
	19/04/1995 Ataques con bomba en Oklahoma, EE. UU.	182 víctimas directas (88 hombres y 94 mujeres)	6 meses (4-8 meses)	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS)/ “Disaster Supplement” (DS) basada en criterios DSM-IV	6,6% ^b (7,5% de las mujeres y 5,8% de los hombres)
Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	127 víctimas directas, las cuales resultaron heridas y necesitaron asistencia médica	5-12 semanas	Versión española de la “Mini international neuropsychiatric interview” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los criterios CIE-10 y DSM-IV	9,4%
Conejo-Galindo <i>et al.</i> (2008)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	56 heridos supervivientes (56 en T1, 44 en T2 y 42 en T3)	T1: 1 mes T2: 6 meses T3: 1 año	Versión española de la “Mini international neuropsychiatric interview” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los criterios DSM-IV	6,4% ^c (T1: 5,4%, T2: 9,1%, T3: 4,8%)
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					6,2%

^a Nota: No se incluye en la tabla el artículo de North *et al.* (1999), puesto que la muestra referida al atentado está incluida en el artículo de North *et al.* (2005). La prevalencia calculada a través de los datos presentados en North *et al.* (2005), coinciden con la prevalencia de 6,6% aportada en North *et al.* (1999). En ambos artículos mencionan haber utilizado el mismo instrumento de evaluación, pero en el artículo de North *et al.* (1999) especifican haber utilizado *criterios DSM-III-TR*

^b Nota: Dato no incluido en el artículo, sino calculado a través de la información aportada en el mismo

^c Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis

Tabla 4.20. Prevalencia del trastorno de angustia en familiares y amigos de víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno de angustia
Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi Muñoz y Casado (2005) ^a	11-M 11/04/2004 Madrid, España	117 familiares y amigos de heridos/víctimas mortales y/o heridos supervivientes (el 7,7% habían resultado heridos ellos mismos)	1-3 meses (5-12 semanas)	“Entrevista PE-IIM” basada en el “ <i>National Women’s Study</i> ” (NWS) cumpliendo ambas <i>criterios DSM-IV</i>	22,1% ^b (45,3 % cumplieron criterios para ataque de pánico, y un 48,8% de ellos desarrollaron un trastorno de angustia)
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					22,1%

^a Nota: No se incluyen en la tabla las muestras de Iruarrizaga *et al.* (2004), Miguel-Tobal *et al.* (2004), y Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005) por estar incluidos en Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi Muñoz y Casado (2005). En la rueda de prensa se habla de cuáles, de los sujetos que presentaron ataques de pánico, llegaron a desarrollar el trastorno, por lo que se toman los datos de la misma. En los otros solo se habla de ataques de pánico, sin llegar a establecer las prevalencias para el trastorno

^b Nota: Dato no incluido en el artículo, sino calculado a través de la información aportada en el mismo

Tabla 4.21. Prevalencia del trastorno de angustia en intervinientes en atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno de angustia
Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi Muñoz y Casado (2005) ^a	11-M 11/04/2004 Madrid, España	165 profesionales/voluntarios equipos de rescate/emergencias	1-3 meses (5-12 semanas)	“Entrevista PE-IIM” basada en el “ <i>National Women’s Study</i> ” (NWS) cumpliendo ambas <i>criterios DSM-IV</i>	1,3% ^b (13,9 % cumplieron criterios para ataque de pánico, de los cuales un 9,5% de ellos desarrollaron un trastorno de angustia)
Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	153 policías involucrados en las labores de rescate	5-12 semanas	Versión española de la “ <i>Mini international neuropsychiatric interview</i> ” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los <i>criterios CIE-10 y DSM-IV</i>	0,7%
Jayansinghe <i>et al.</i> (2008)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.040 trabajadores de equipos de rescate destinados al World Trade Center	1 año	“ <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> ” (SCID)	2,4%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					2,1%

^a Nota. No se incluyen en la tabla las muestras de Miguel-Tobal *et al.* (2004), y Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005) por estar incluidos en Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi Muñoz y Casado (2005). En la rueda de prensa se habla de cuáles, de los sujetos que presentaron ataques de pánico, llegaron a desarrollar el trastorno, por lo que se toman los datos de la misma. En los otros solo se habla de ataques de pánico, sin llegar a establecer las prevalencias para el trastorno

^b Nota. Dato no incluido en el artículo, sino calculado a través de la información aportada en el mismo.

Tabla 4.22. Prevalencia del trastorno de angustia en intervinientes en atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno de angustia
North <i>et al.</i> (2002)	19/04/1995 Oklahoma	176 bomberos	15-41 meses (media = 34 meses)	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS)/ “Disaster Supplement” (DS) basada en criterios DSM-III-TR	1%
Cukor <i>et al.</i> (2011)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.960 trabajadores destinados al World Trade Center	10-34 meses	“Structured Clinical Interview for DSM-IV” (SCID)”	2,5%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					2,4%

Tabla 4.23. Prevalencia del trastorno de angustia en población general tras atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno de angustia
Boscarino <i>et al.</i> (2003)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.008 adultos residentes en Manhattan (Nueva York, EE. UU.)	5-8 semanas	Adaptación de la escala para pánico de la “ <i>Diagnostic Interview Schedule</i> ” (DIS) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	12,6%
Boscarino, Galea <i>et al.</i> (2004)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.001 adultos de Nueva York, EE. UU.	4-5 meses	La escala para pánico de la “ <i>Diagnostic Interview Schedule</i> ” (DIS) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	16,7%
Boscarino, Adams y Figley (2004) ^a	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.368 adultos de Nueva York, EE. UU.	1 año	La escala para pánico de la “ <i>Diagnostic Interview Schedule</i> ” (DIS) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	15,7%
Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi Muñoz y Casado (2005) ^b	11-M 11/04/2004 Madrid, España	1.589 adultos residentes en Madrid (324 residentes en las zonas afectadas por las explosiones)	1-3 meses (5-12 semanas)	“ <i>Entrevista PE-IIM</i> ” basada en el “ <i>National Women’s Study</i> ” (NWS) cumpliendo ambas <i>criterios DSM-IV</i>	2,9% ^c (26,6% del 10,9% que tuvieron algún ataque de pánico)

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno de angustia
Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	485 adultos de la población general de Alcalá de Henares	5-12 semanas	Versión española de la “ <i>Mini international neuropsychiatric interview</i> ” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los criterios CIE-10 y DSM-IV	2,1%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					11,9%

^a Nota: No se incluyen los artículos de Adams y Boscarino (2005), por estar incluida su muestra en el estudio de Boscarino, Adams y Figley (2004). Se toma este último, por ser el único que incluye la prevalencia global de la muestra. En el estudio de Adams y Boscarino (2005) se analiza la prevalencia por grupos étnicos, teniendo en cuenta por tanto solo a los que habían aportado esa información, 2.180, de los 2.368 de la muestra total, (de los cuales 1.015 eran blancos, 606 afroamericanos, 114 dominicanos, 256 puertorriqueños y 189 otros latinos). Si calculamos la prevalencia ponderada, a partir de las prevalencias de cada grupo étnico (blancos: 5,5%, afroamericanos: 13,4%, dominicanos: 16,6%, puertorriqueños: 16,8%, otros latinos: 13,4%), obtenemos una prevalencia de 10,3%, la cual no es la misma que la del estudio de Boscarino, Adams y Figley (2004), debido a que se tienen en cuenta un menor número de sujetos

^b Nota: No se incluyen en la tabla las muestras de Miguel-Tobal *et al.* (2004), Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi y Galea (2005) y Salguero, Cano-Vindel *et al.* (2011), por estar incluídas en Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González-Ordi, Muñoz y Casado (2005). En la rueda de prensa se habla de cuáles, de los sujetos que presentaron ataques de pánico, llegaron a desarrollar el trastorno, por lo que se toman los datos de la misma. En los otros solo se habla de ataques de pánico, sin llegar a establecer las prevalencias para el trastorno

^c Nota: Porcentaje calculado a partir de los datos aportados entre paréntesis

Tabla 4.24. Prevalencia del trastorno de angustia en población general más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno de angustia
Pfefferbaum <i>et al.</i> (2002)	19/04/1995 Oklahoma, EE. UU.	27 parejas de los bomberos que intervinieron	42-44 meses	<i>Diagnostic Interview Schedule (DIS)</i> basada en <i>criterios DSM-III-R</i>	4%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					4%

Tabla 4.25. Prevalencia del trastorno de angustia en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, basada en entrevistas diagnósticas.

Tabla resumen*

Momento de evaluación		Víctimas directas	Familiares y amigos de víctimas directas	Intervinientes	Población general	Todos los grupos de víctimas Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)
1mes-1año tras los atentados	Prevalencia	6,2%	22,1%	2,1%	11,9%	10,3%
	N	592	117	1.358	7.451	9.518
≥ 1 año tras los atentados	Prevalencia	s.d. ^a	s.d. ^a	2,4%	4%	2,4%
	N	s.d. ^a	s.d. ^a	3.136	27	3.163
Prevalencia ponderada (incluye ambos momentos)	Prevalencia	6,2%	22,1%	2,3%	11,9%	8,3%
	N	592	117	4.494	7.478	12.681

*Nota: Tabla resumen de los porcentajes medios de trastorno de angustia, encontrados en los distintos grupos de víctimas, así como el porcentaje medio general

^a Nota: Sin datos (s.d.)

Tabla 4.26. Prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia en víctimas directas, intervinientes y población general durante el primer año tras atentados terroristas, basada en entrevistas diagnósticas

Tipo de víctimas	Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de agorafobia sin historia de angustia
Víctimas directas	Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	127 víctimas directas, las cuales resultaron heridas y necesitaron asistencia médica	5-12 semanas	Versión española de la “ <i>Mini international neuropsychiatric interview</i> ” (MINI), entrevista diagnóstica basada en criterios CIE-10 y DSM-IV	23,8%
	Conejo-Galindo <i>et al.</i> (2008)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	56 heridos supervivientes (56 en T1, 44 en T2 y 42 en T3)	T1: 1 mes T2: 6 meses T3: 1 año	Versión española de la “ <i>Mini international neuropsychiatric interview</i> ” (MINI), entrevista diagnóstica basada en criterios DSM-IV	12% ^a (T1: 10,7%, T2: 18,2%, T3: 7,1%)
	Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					20,2%
Intervinientes	Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	153 policías involucrados en las labores de rescate	5-12 semanas	Versión española de la “ <i>Mini international neuropsychiatric interview</i> ” (MINI), entrevista diagnóstica basada en criterios CIE-10 y DSM-IV	0,7%
	Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					0,7%
Población general	Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	485 adultos de la población general de Alcalá de Henares	5-12 semanas	Versión española de la “ <i>Mini international neuropsychiatric interview</i> ” (MINI), entrevista diagnóstica basada en criterios CIE-10 y DSM-IV	10,5%
	Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					10,5%

^a Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis

Tabla 4.27. Prevalencia de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, basada en entrevistas diagnósticas. Tabla resumen*

Momento de evaluación		Víctimas directas	Familiares y amigos de víctimas directas	Intervinientes	Población general	Todos los grupos de víctimas Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)
1mes-1año tras los atentados	Prevalencia	20,2%	s. d. ^a	0,7%	10,5%	10,8%
	<i>N</i>	183	s. d. ^a	153	485	821
≥ 1 año tras los atentados	Prevalencia	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a
	<i>N</i>	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a
Prevalencia ponderada (incluye ambos momentos)	Prevalencia	20,2%	s. d. ^a	0,7%	10,5%	10,8%
	<i>N</i>	183	s. d. ^a	153	485	821

*Nota: Tabla resumen de los porcentajes medios de agorafobia sin historia de trastorno de angustia, encontrados en los distintos grupos de víctimas, así como el porcentaje medio general

^a Nota: Sin datos (s.d.)

Tabla 4.28. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada
North <i>et al.</i> (2005) ^a	07/08/1998; bomba en Nairobi, Kenia	227 víctimas directas (99 hombres y 128 mujeres)	8-10 meses	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS) / “Disaster Supplement” (DS) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	4% ^b (3,9% de las mujeres y 4,0% de los hombres)
	19/04/1995; bomba en Oklahoma, EE. UU.	182 víctimas directas (88 hombres y 94 mujeres)	6 meses (4-8 meses)	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS) / “Disaster Supplement” (DS) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	4,4% ^b (8,5% de las mujeres y 0,0% de los hombres)
Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M; 11/04/2004 Madrid, España	127 víctimas directas, las cuales resultaron heridas y necesitaron asistencia médica	5-12 semanas	Versión española de la “Mini international neuropsychiatric interview” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los <i>criterios CIE-10 y DSM-IV</i>	13,4%
Conejo-Galindo <i>et al.</i> (2008)	11-M; 11/04/2004 Madrid, España	56 heridos supervivientes (56 en T1, 44 en T2 y 42 en T3)	T1: 1 mes T2: 6 meses T3: 1 año	Versión española de la “Mini international neuropsychiatric interview” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los <i>criterios DSM-IV</i>	12% ^c (T1: 12,5%, T2: 11,4%, T3: 11,9%)
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					6,9%

^a Nota: No se incluye en la tabla el artículo de North *et al.* (1999), puesto que la muestra referida al atentado está incluida en el artículo de North *et al.* (2005). La prevalencia calculada a través de los datos presentados en North *et al.* (2005), coinciden con la prevalencia de 6,6% aportada en North *et al.* (1999). En ambos artículos mencionan haber utilizado el mismo instrumento de evaluación, pero en el artículo de North *et al.* (1999) especifican haber utilizado *criterios DSM-III-TR*

^b Nota: Dato no incluido en el artículo, sino calculado a través de la información aportada en el mismo

^c Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis

Tabla 4.29. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en intervinientes de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada
Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	153 policías involucrados en las labores de rescate	5-12 semanas	Versión española de la “ <i>Mini international neuropsychiatric interview</i> ” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los criterios CIE-10 y DSM-IV	0,7%
Jayansinghe <i>et al.</i> (2008)	11-S; 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.040 trabajadores de equipos de rescate destinados al World Trade Center	1 año	“ <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> ” (SCID)	2,2%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					2%

Tabla 4.30. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en intervinientes en atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada
North <i>et al.</i> (2002) ^a	19/04/1995 Oklahoma	176 bomberos	15-41 meses (media = 34 meses)	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS)/ “Disaster Supplement” (DS) y criterios DSM-III-TR	1%
Cukor <i>et al.</i> (2011)	11-S; 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.960 trabajadores destinados al World Trade Center	10-34 meses	Versión validada del módulo de trastorno de ansiedad generalizada de la “Structured Clinical Interview for DSM-IV” (SCID)	3,5%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					3,4%

^aNota: Porcentaje estimado a través de la gráfica, puesto que el dato no es aportado en el artículo

Tabla 4.31. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en población general durante el primer año tras los atentados, basada en entrevistas diagnósticas

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada
Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	485 adultos de la población general de Alcalá de Henares	5-12 semanas	Versión española de la “Mini international neuropsychiatric interview” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los criterios CIE-10 y DSM-IV	8,6%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					8,6%

Tabla 4.32. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas basada en entrevistas diagnósticas. Tabla resumen*

Momento de evaluación		Víctimas directas	Familiares y amigos de víctimas directas	Intervinientes	Población general	Todos los grupos de víctimas Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)
1mes-1año tras los atentados	Prevalencia	6,9%	s. d. ^a	2%	8,6%	4,7%
	N	592	s. d. ^a	1.193	485	2.270
≥ 1 año tras los atentados	Prevalencia	s. d. ^a	s. d. ^a	3,4%	s. d. ^a	3,4%
	N	s. d. ^a	s. d. ^a	3.136	s. d. ^a	3.136
Prevalencia ponderada (incluye ambos momentos)	Prevalencia	6,9%	s. d. ^a	3%	8,6%	3,9%
	N	592	s. d. ^a	4.329	485	5.406

*Nota: Tabla resumen de los porcentajes medios de trastorno de ansiedad generalizada, encontrados en los distintos grupos de víctimas, así como el porcentaje medio general

^a Nota: Sin datos (s.d.)

Tabla 4.33. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Curran <i>et al.</i> (1990)	Bomba en Enniskillen por el IRA el 8/11/1987	26 supervivientes (en T1 y en T2)	T1: 6 meses T2: 12 meses	“General Health Questionnaire” (GHQ; Goldberg, 1978) y otra escala aplicada por los psiquiatras para evaluar el trastorno por estrés postraumático, basada en <i>criterios DSM-III-R</i> (Bell <i>et al.</i> , 1988)	51,9% ^a (T1: 50%, T2: 53,8% ^b)
Shalev (1992)	Ataque terrorista contra un autobús de civiles en Israel 06/07/1989	12 heridos supervivientes	10 meses	“Post-traumatic stress disorder (PTSD) diagnostic Scale” (autoinforme basado en <i>criterios DSM-III-R</i> adaptado por Horowitz <i>et al.</i> , 1980) y <i>criterios DSM-III-R</i>	33,3%
Amir <i>et al.</i> (1998)	Israel	15 mujeres supervivientes no heridos	6 meses (se realizan sesiones de <i>debriefing</i> previas a la evaluación)	“Post-traumatic stress disorder (PTSD) diagnostic Scale” (Autoinforme basado en <i>criterios DSM-III-R</i> adaptado por Horowitz <i>et al.</i> , 1980) y <i>criterios DSM-IV</i>	26,7%
Grieger <i>et al.</i> (2003) ^c	11-S; 11/09/2001 Pentágono, Washington D. C., EE. UU.	77 trabajadores del Pentágono (23 estaban en el Pentágono, 25 en sus alrededores)	7 meses	“Impact of Evets Scale-Revised” (IES-R) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	14%

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Grieger <i>et al.</i> (2004) ^c	11-S 11/09/2001 Pentágono, Washington D. C., EE. UU.	212 trabajadores del Pentágono (120 estaban en el Pentágono o sus alrededores en el momento del atentado)	1 año (13 meses)	<i>“Impact of Events Scale-Revised” (IES-R)</i> basada en <i>criterios DSM-IV</i>	23%
Jordan <i>et al.</i> (2004) ^c	11-S 11/09/2001 Pentágono, Washington, DC, EE. UU.	4.663 trabajadores del Pentágono	1-4 meses	<i>Postrumatic Stress Disorder Checklist (PCL)</i> basada en <i>Criterios DSM-IV</i> (las personas que tuvieron respuestas positivas en los tres grupos de síntomas (reexperimentación, evitación e hiperactivación) se consideran grupo de alto riesgo para trastorno por estrés postraumático. No se mide duración de síntomas)	7,9%
Somer <i>et al.</i> (2005)	Atentados en marzo de 2002 en Israel	32 adultos presentes en los atentados (5 de ellos resultaron heridos)	1 mes	<i>“The Impact of Event Scale, Revised, Brief” (IES-R-B)</i> basada en los <i>criterios DSM-IV</i>	6,3%
Fraguas <i>et al.</i> (2006)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	56 heridos T1: 56 heridos T2: 44 heridos	T1: 1 mes (5-8 semanas) T2: 6 meses	Adaptación española validada de la <i>“Davidson Trauma Scale” (DTS)</i> basada en <i>criterios DSM-IV</i> (punto de corte >40)	41% ^a (T1: 41,1%, T2: 40,9%)
Kutz y Dekel (2006)	Misiles iraquíes en Israel después de febrero de 2003	44 supervivientes (no heridos o heridos leves)	4 meses	<i>“Solomon’s PTSD Inventory”</i> basado en <i>criterios DSM-IV</i>	24%

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	127 víctimas heridas que necesitaron asistencia médica	5-12 semanas	Adaptación española de la “ <i>Davison Trauma Scale</i> ” (DTS) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	44,1%
Aker <i>et al.</i> (2008)	Bombas en Estambul (Turquía) en noviembre de 2003	107 heridos que acudieron a las comisarías locales	s. d. ^d	“ <i>Kocaeli-Brief Traumatic Stress Questionnaire</i> ”	29,9%
Page <i>et al.</i> (2009)	Atentados del 15-20 de noviembre de 2003, en Estambul, Turquía	149 supervivientes	6 meses	“ <i>PTSD Symptom Scale- Report Version</i> ” (PSS-SR)	35,6%
Freh <i>et al.</i> (2013)	Atentados con bomba en Irak	180 civiles adultos de Irak expuestos a los atentados	T1: 1 mes T2: 5 meses	“ <i>Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale</i> ” (PSD) basado en <i>criterios DSM-IV</i>	50% ^e (T1: 57,2%, T2: 42,8%)
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					12,6%
Porcentaje medio sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004) y Jordan <i>et al.</i> (2004) (ponderado por el tamaño de la muestra) ^a					38,5%

^a Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis

^b Nota: Porcentaje calculado a partir de los datos aportados en el artículo

^c Nota: En los artículos de Grieger *et al.* (2003) y Grieger *et al.* (2004), se incluyen víctimas directas del ataque al Pentágono, pero también hay algunos casos incluidos en los que no se especifica donde estaban en el momento del atentado. Es muy probable que ambos artículos formen parte del mismo estudio, pero al ser distintos tanto el N de la muestra como el momento de evaluación, se toman en cuenta ambos estudios por separado. En el artículo de Jordan *et al.* (2004) no se aportan datos acerca del número de heridos, si estaban presentes en el Pentágono en el momento del atentado, o la zona del Pentágono en la que se encontraban. Dado las elevadas dimensiones del Pentágono y la falta de datos se decidió calcular el porcentaje medio dos veces, la primera incluyendo el dato de todos los artículos expuestos en la tabla y la segunda excluyendo los tres nombrados en esta nota

^d Nota: Sin datos (s.d.)

^e Nota: Media de los valores especificados entre paréntesis

*Nota: No se incluye en la tabla el artículo de Bell *et al.* (1988), por ser una revisión de informes previos a partir de la cual se extraen los síntomas, no se entrevista o administran cuestionarios a los afectados

Tabla 4.34. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas directas de atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Abenhaim <i>et al.</i> (1992)	21 atentados llevados a cabo entre 1982 y 1987 en lugares públicos de Francia (20 con bombas y uno con ametralladora)	254 supervivientes de los ataques terroristas (105 no resultaron heridos, 48 resultaron heridos moderados y 101 heridos graves)	4 meses-5años (la mayoría 5 años)	11 ítems creados ad hoc para el estudio basándose en los criterios <i>DSM-III</i> para el trastorno por estrés postraumático	18,1% (10,5% en los no heridos, 8,3% en los heridos moderados, 30,7% en los heridos graves)
Desivilya <i>et al.</i> (1996)	Atentados en Israel	59 supervivientes	17 años	Entrevista sobre síntomas de estrés postraumático basada en el “ <i>DSM-III questionnaire</i> ” utilizado previamente por Solomon, Mikulincer y Flum (1988)	9%
Kawana (2001)	Ataque con gas Sarín el 20/03/1995 en el metro de Tokio	283 supervivientes heridos que acudieron a emergencias del Hospital Internacional de St. Luke el día del atentado (283 en T1, 206 en T2 y 191 en T3)	T1: 2 años T2: 3 años T3: 5 años	“ <i>St. Luke’s Questionnaire</i> ”, escala de Likert 33 ítems elaborada por los investigadores	2,6% (T1: 2,8%, T2: 2,9%, T3: 2,1%)
Verger <i>et al.</i> (2004)	Ataques con bomba en Francia (1995-1996)	196 heridos supervivientes	1,8-3,2 años (media de 2,6 años)	Cuestionario estandarizado de 22 ítems elaborado a partir de los <i>criterios DSM-IV</i> para TEPT (se cita que también se usó en otros estudios, pero están en francés)	31,1%

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Grieger <i>et al.</i> (2005) ^a	11-S 11/09/2001 Pentágono, Washington D. C., EE. UU.	267 trabajadores del Pentágono (129 estaban en el Pentágono en el momento del atentado, 28 de los cuales resultaron heridos)	25 meses	“PTSD Checklist” (PCL) basado en criterios DSM-IV	14% - En función del lugar: 22% en el personal que se encontraba en el Pentágono y 6% en los que no se encontraban allí - De los que se encontraban en el Pentágono, la prevalencia sería de un 50%, mientras que en los no heridos del 14%
DiGrande <i>et al.</i> (2010)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	3.271 supervivientes evacuados de las torres del World Trade Center (Nueva York, EE. UU.)	2-3 años	“PTSD Checklist, Stressor-Specific Version” (PCL-S) basado en criterios DSM-IV	15%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					15%
Porcentaje medio sin Grieger <i>et al.</i> (2005) (ponderado por el tamaño de la muestra)					15%

^a Nota: En el artículo de Grieger *et al.* (2005) se incluyen víctimas directas del ataque al Pentágono, pero también hay algunos casos incluidos en los que no se especifica donde estaban en el momento del atentado. Dado las elevadas dimensiones del Pentágono y la falta de datos se decidió calcular el porcentaje medio dos veces, la primera incluyendo el dato de este artículo y la segunda excluyendole

Tabla 4.35. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en familiares y amigos de víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
Fraguas <i>et al.</i> (2006)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	47 familiares y amigos de víctimas directas T1: 47 familiares y amigos T2: 32 familiares y amigos	T1: 1 mes (5-8 semanas) T2: 6 meses	Adaptación española validada de la “ <i>Davidson Trauma Scale</i> ” (DTS) basada en <i>criterios DSM-IV</i> (punto de corte >40)	32,9% ^a (T1: 34%, T2: 31,3%)
Scrimin <i>et al.</i> (2006) ^b	01/09/2004 Secuestro durante 3 días de 1300 niños, padres y profesores en la fiesta de apertura del curso escolar del colegio de Beslán, Rusia, que acabó en tiroteos, explosiones de minas, derrumbe de parte del colegio y la intervención del Ejército ruso	20 padres o cuidadores principales de 22 niños que fueron secuestrados	3 meses	“ <i>University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index for DSM-IV-TR</i> ”(UCLA-PTSD RI) (revision 1, versión para padres)	95%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					51,4%
Porcentaje medio sin Scrimin <i>et al.</i> (2006) (ponderado por el tamaño de la muestra) ^b					32,9%

^a Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis

^b Nota: En el artículo de Scrimin *et al.* (2006) se comenta que los cuidadores no fueron secuestrados, pero permanecieron fuera del colegio observando la situación, por lo que cabría la posibilidad de considerarles víctimas directas. Ante esta duda razonable acerca de cómo deberían ser considerados, se decidió calcular el porcentaje medio dos veces, la primera incluyendo este dato y la segunda excluyéndolo

Tabla 4.36. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en intervinientes en atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático
CDC (2004)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.138 trabajadores y voluntarios de equipos de rescate y salvamento	10-15 meses	Punto de corte del “ <i>PTSD Checklist</i> ” (<i>PCL</i>), <i>criterios DSM-IV</i> y dificultades en el funcionamiento medidas con la “ <i>Sheehan Disability Scale</i> ” (en el mismo estudio mencionan que es un cribado)	12,8%
Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	153 policías involucrados en las labores de rescate	5-12 semanas	Adaptación española de la “ <i>Davison Trauma Scale</i> ” (<i>DTS</i>) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	1,3%
Berninger, Webber, Niles, <i>et al.</i> (2010)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	5.656 bomberos	T1: 6 meses (los datos a los 3-4 años se presentan en la siguiente tabla)	Cuestionario modificado para el departamento de bomberos de Nueva York (FDNY) “ <i>FDNY-modified PTSD Checklist</i> ” (<i>PCL-m</i>)	8,6%
Razik <i>et al.</i> (2013)	Ataques terroristas en Pakistán	100 trabajadores de emergencias (bomberos, conductores de vehículos de emergencia, profesionales médicos, técnicos)	s. d. ^b	“ <i>Impact of Event Scale- Revised</i> ” (<i>IES-R</i>) basada en <i>criterios DSM-IV</i> , utilizando como punto de corte ≥ 33	15%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					9,2%

^a Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis

^b Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.37. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en intervinientes en atentados terroristas más de un año después de los atentados, basada en instrumentos de cribado

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de Trastorno por estrés Postraumático
Perrin <i>et al.</i> (2007)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	28.962 miembros de distintos equipos de rescate: - 3.925 policías - 3.232 bomberos - 1.741 personal sanitario - 4.498 trabajadores de la construcción - 1.798 trabajadores de limpieza - 5.438 voluntarios de organizaciones - 3.797 voluntarios sin ninguna afiliación - 4.236 trabajadores de otros organismos gubernamentales	2-3 años	<i>Criterios diagnósticos del DSM-IV</i> extraídos del “ <i>PTSD Checklist</i> ” (<i>PCL</i>) y punto de corte ≥ 44 del mismo (cumpliendo la presencia de al menos, un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos de hiperactivación de los <i>criterios DSM-IV</i>)	12,4% (del total de equipos de rescate) (Policías: 6,2%, bomberos: 12,2%, sanitarios: 11,6%, construcción: 17,8%, limpieza: 10,6%, voluntarios de organización: 7,2%, voluntarios sin afiliación: 21,2%, otros organismos gubernamentales: 11,8%)
Solomon <i>et al.</i> (2007)	Atentados en Israel desde 2000	81 hombres voluntarios de ZAKA (el acrónimo hebreo para “identificación de víctimas de desastres”)	Durante los 2 años tras el atentado	“ <i>PTSD Inventory</i> ” basado en <i>criterios DSM-IV</i>	2,3%

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de Trastorno por estrés Postraumático
Stellman <i>et al.</i> (2008)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	10.132 trabajadores de equipos de rescate, recuperación y voluntarios (5% eran también familiares de víctimas mortales, 36% eran también amigos de víctimas mortales)	10-61 meses	“PTSD Checklist” (PCL) tomando como punto de corte ≥ 50	11,1%
Berninger, Webber, Cohen, <i>et al.</i> (2010)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	10.074 bomberos (de los cuáles respondieron el cuestionario un número determinado cada año; T1: 8.679, T2:1.161, T3: 2.820, T4: 4.166)	T1: 1 año T2: 2 años T3: 3 años T4: 4 años	Cuestionario modificado para el departamento de bomberos de Nueva York (FDNY) “FDNY-modified PTSD Checklist” (PCL-m)	10,5% ^a (T1: 9,8%, T2: 9,9%, T3: 11,7%, T4: 10,6%)
Berninger, Webber, Niles, <i>et al.</i> (2010) ^b	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	5.656 bomberos	T2: 3-4 años (los datos a los 6 meses se presentaron en la tabla anterior)	Cuestionario modificado para el departamento de bomberos de Nueva York (FDNY) “FDNY-modified PTSD Checklist” (PCL-m)	11,1%
Chiu <i>et al.</i> (2011)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.915 bomberos jubilados	4-6 años	“PTSD Checklist” (PCL) (punto de corte ≥ 39)	22%

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de Trastorno por estrés Postraumático
Luft <i>et al.</i> (2012)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	20.841 trabajadores destinados al World Trade Center (8.508 policías y 12.333 trabajadores de rescate no tradicionales)	10 meses-7 años (media de 4 años)	“PTSD Checklist” (PCL) basado en criterios DSM-IV	10,1% ^a (5,9% de los policías, 23% del grupo de rescate no tradicional)
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					11,5%

^a Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis

^b Nota: Es muy probable que la muestra de Berninger, Webber, Niles, *et al.* (2010), esté reflejada en Berninger, Webber, Cohen, *et al.* (2010), pero al ser distintos tamaños muestrales, y prevalencias, no podemos confirmarlo, por lo que se decide tomar en cuenta ambos artículos

Tabla 4.38. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población general durante el primer año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de Trastorno por estrés Postraumático
CDC (2002)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	414 adultos de Nueva York, EE. UU.	6-8 semanas	"PTSD checklist" (PCL) usando como punto de corte ≥ 44	38,9%
Schlenger <i>et al.</i> (2002)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	2.262 adultos de EE. UU. (777 del área metropolitana de Nueva York, 247 del área metropolitana de Washington, D. C., 536 de otras áreas metropolitanas y 704 del resto de EE. UU.)	1-2 meses	"PTSD checklist" (PCL) usando como punto de corte ≥ 50	4,3% (11,2% del área metropolitana de Nueva York, 2,7% del área metropolitana de Washington, D. C., 3,6% de otras áreas metropolitanas, 4,0% del resto de EE. UU.)
Silver <i>et al.</i> (2002)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	933 adultos de EE. UU. T1: 933 adultos de EE. UU. T2: 787 adultos de EE. UU.	T1: 2 meses T2: 6 meses (no se incluye la evaluación de 9-23 días, por haber transcurrido menos de un mes)	"Impact of Events Scale-Revised" y criterios DSM-IV	11,9% ^a (T1: 17%, T2: 5,8%)

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de Trastorno por estrés Postraumático
Njenga <i>et al.</i> (2004)	Bombardeo de la embajada de EE. UU. en Nairobi (Kenya) en el año 1998	2627 adultos residentes en Nairobi (Kenya)	1-3 meses	Escala de 21 ítems elaborada basándose en la mayoría de los <i>criterios DSM-IV</i> (no se especifica que sea un instrumento empíricamente validado)	35%
Blanchard <i>et al.</i> (2005)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.306 estudiantes universitarios de distintos cursos de psicología de 3 universidades públicas de EE. UU. (University at Albany, NY, Augusta State University, GA, and North Dakota State University)	1 año	“ <i>PTSD checklist</i> ” (<i>PCL</i>) usando como punto de corte ≥ 40 , e infiriendo a partir de este que cumple los grupos de síntomas de los <i>criterios DSM-IV</i> (al menos, un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos de hiperactivación)	6,6%
Silver <i>et al.</i> (2005)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1906 adultos residentes en EE. UU. (57 expuestos directamente, 1225 vieron los ataques en directo por TV, 624 no tuvieron exposición en directo)	1 año	“ <i>PTSD Checklist</i> ” (<i>PCL</i>) basado también en <i>criterios DSM-IV</i>	4,5% ^a (11,2% de los expuestos de forma directa, 4,7% de los expuestos mediante TV, 3,4% de los que no tuvieron exposición en directo)
Somer <i>et al.</i> (2005)	Atentados en Marzo de 2002 en Israel	295 adultos de las áreas afectadas de Israel	1 mes	“ <i>The Impact of Event Scale, Revised, Brief</i> ” (<i>IES-R-B</i>) basada en los <i>criterios DSM-IV</i>	5,1%

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de Trastorno por estrés Postraumático
Hillers y Rey (2006)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	346 personas que habían demandado atención psicológica en el dispositivo especial del SUMMA 112 (la muestra incluye víctimas, testigos directos y testigos indirectos)	3 meses	<i>La escala TOP-8</i> , derivada de la “ <i>Davidson Trauma Scale</i> ” (DTS)	33%
Neria <i>et al.</i> (2006)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	930 adultos pacientes de atención primaria	7-16 meses	“ <i>PTSD Checklist Civilian Version</i> ” (PCL-C), utilizando como punto de corte 50, y utilizando algoritmos basadps en Hoge <i>et al.</i> (2004) de acuerdo con <i>Criterios DSM-IV</i>	10,2%
Shalev <i>et al.</i> (2006)	Atentados en Israel entre 2000 y 2001	256 adultos de Israel (167 adultos de un suburbio de Jerusalén y otros 89 de un suburbio afectado de forma indirecta)	8-10 meses después del primer ataque terrorista	“ <i>Posttraumatic Symptom Scale</i> ” (PSS) autoaplicada + Medición de estrés disfuncional mediante el “ <i>Brief Symptom Inventory</i> ” (BSI) + incapacidad funcional medida mediante 4 ítems (de 5 puntos)	8,6% ^a (9,6% en los residentes del suburbio directamente afectado, 6,7% en los residentes del suburbio afectado indirectamente)
Gabriel <i>et al.</i> (2007)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	485 adultos de Alcalá de Henares (Madrid)	5-12 semanas	Adaptación española de la “ <i>Davidson Trauma Scale</i> ” (DTS) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	12,3%

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de Trastorno por estrés Postraumático
Aker <i>et al.</i> (2008)	Ataques terroristas con bombas en Estambul (Turquía) en noviembre de 2003	46 profesores y personal administrativo de una escuela cercana al área dónde pusieron las bombas	s. d. ^b	<i>“Kocaeli-Brief Traumatic Stress Questionnaire”</i>	26,1% en los adultos de la escuela
Neria <i>et al.</i> (2008)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	929 adultos pacientes de atención primaria (252 perdieron a algún ser querido en los atentados, 677 no perdieron a nadie)	7-16 meses	<i>“The Posttraumatic Stress Disorder Check List-Civilians Versión” (PCL-C)</i> basado en criterios DSM-IV	10,2% ^c (17,1% de las personas que habían perdido a alguien, 7,7% de los que no habían perdido a nadie)
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					14,7%

^a Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis

^b Nota: Sin datos (s. d.)

^c Nota: Dato no incluido en el artículo, sino calculado a través de la información aportada en el mismo

Tabla 4.39. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población general más de un año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de Trastorno por estrés Postraumático
Bleich <i>et al.</i> (2006) ^a	Atentados terroristas en Israel entre septiembre de 2000 y mayo de 2004	512 adultos residentes en Israel (501 en T2)	T1: 1 año y medio (19 meses) desde el primer ataque T2: 4 años (44 meses) desde el primer ataque	“ <i>Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire</i> ” (<i>SASRQ</i>)	9,2% ^b (T1: 9,4%, T2: 9 %)
DiGrande <i>et al.</i> (2008)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	11.037 adultos del área afectada de Nueva York	2-3 años	“ <i>PTSD Checklist- Civilian Versión</i> ” (<i>PCL-C</i>) con punto de corte ≥ 44 + Cumplimiento la presencia de al menos, un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos de hiperactivación de los <i>criterios DSM-IV</i>	12,6%
Gelkopf <i>et al.</i> (2008)	Atentados ocurridos entre 2000 y 2002 en Israel	1.013 adultos de Israel T1: 512 adultos de Israel (144 víctimas directas/testigos) (68 árabes, 444 judíos) T2: 501 adultos de Israel (101 víctimas directas/testigos) (71 árabes, 430 judíos)	T1: 19 meses después del primer atentado T2: 44 meses después del primer atentado	“ <i>Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire</i> ” (<i>SASRQ</i>) con punto de corte ≥ 2 y siguiendo <i>criterios DSM-IV</i>	9,2% ^c (En T1: 9,6% ^b (5,9% de los árabes, 10,2% de los judíos) y en T2: 8,8% ^b (16,9% de los árabes, 7,4% de los judíos))

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de Trastorno por estrés Postraumático
Hobfoll <i>et al.</i> (2008) ^c	Atentados ocurridos en Israel desde septiembre de 2000 (hasta agosto-septiembre de 2004)	1.511 adultos residentes en Israel (1.117 judíos y 394 árabes)	4 años después del primer ataque terrorista	“PTSD Symptoms Scale” (PSS) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	9,6% ^b (6,6% de los judíos, 18% de los árabes)
Tracy <i>et al.</i> (2008) ^c	Atentados ocurridos en Israel desde septiembre de 2000 (hasta agosto-septiembre de 2004)	1.613 adultos residentes en Israel	4 años después del primer ataque terrorista	“PTSD Symptoms Scale” (PSS) basada en <i>criterios DSM-IV</i>	8,9%

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de Trastorno por estrés Postraumático
Brackbill <i>et al.</i> (2009)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	71.437 adultos en T1 y 46.322 adultos en T2 (la muestra incluye trabajadores y voluntarios de equipos de rescate, residentes en el bajo Manhattan, trabajadores del bajo Manhattan y transeúntes)	T1: 2-3 años T2: 5-6 años	“PTSD Checklist- Civilian Versión” (PCL-C) con punto de corte ≥ 44	16,2% ^b T1: 14,3% (12,1% de los trabajadores y voluntarios de equipos de rescate, 13,2% de los residentes en el bajo Manhattan, 16,9% de los trabajadores del bajo Manhattan y 19,3% de los transeúntes) T2: 19,1% (19,5% de los trabajadores y voluntarios de equipos de rescate, 16,3% de los residentes en el bajo Manhattan, 19,1% de los trabajadores del bajo Manhattan y 23,2% de los transeúntes)
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					15,4%

^a Nota: En esta tabla no se incluye la muestra de Bleich *et al.* (2003), por estar incluida en los datos al año del artículo de Bleich *et al.* (2006).

^b Nota: Media ponderada de los valores especificados entre paréntesis.

^c Nota: Se intuye que los artículos de Hobfoll *et al.* (2008) y Tracy *et al.* (2008), forman parte del mismo estudio, pero al ser distinto el tamaño de sus muestras, y la prevalencia obtenida, no podemos concluir que es el mismo estudio, por lo que en la tabla se consideran como estudios independientes.

Tabla 4.40. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, basada en instrumentos de cribado. Tabla resumen*

Momento de evaluación		Víctimas directas	Familiares y amigos de víctimas directas	Intervinientes	Población general	Todos los grupos de víctimas Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)
1mes-1año tras los atentados	Prevalencia	12,6% (38,5% sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004) y Jordan <i>et al.</i> (2004))	51,4% (32,9% sin Scrimin <i>et al.</i> (2006))	9,1%	14,7%	12,8% (13,7% sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004), Jordan <i>et al.</i> (2004) y Scrimin <i>et al.</i> (2006))
	N	5.700 (748 sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004) y Jordan <i>et al.</i> (2004))	67 (47 sin Scrimin <i>et al.</i> (2006))	7.047	12.735	25.549 (20.577 sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004), Jordan <i>et al.</i> (2004) y Scrimin <i>et al.</i> (2006))
≥ 1 año tras los atentados	Prevalencia	15% (15% sin Grieger <i>et al.</i> , 2005)	s.d. ^a	11,5%	15,4%	13,6% (13,6% sin Grieger <i>et al.</i> , 2005)
	N	4.330 (4.063 sin Grieger <i>et al.</i> , 2005)	s.d. ^a	77.661	87.123	169.114 (168.847 sin Grieger <i>et al.</i> , 2005)
Prevalencia ponderada (incluye ambos momentos)	Prevalencia	13,6% (18,6% sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004), Jordan <i>et al.</i> (2004) y Grieger <i>et al.</i> (2005))	51,4% (32,9% sin Scrimin <i>et al.</i> (2006))	11,3%	15,3%	13,5% (13,6% sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004), Jordan <i>et al.</i> (2004), Grieger <i>et al.</i> (2005) y Scrimin <i>et al.</i> (2006))
	N	10.030 (4.811 sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004), Jordan <i>et al.</i> (2004) y Grieger <i>et al.</i> (2005))	67 (47 sin Scrimin <i>et al.</i> (2006))	84.708	99.858	194.663 (189.424 sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004), Jordan <i>et al.</i> (2004), Grieger <i>et al.</i> (2005) y Scrimin <i>et al.</i> (2006))

*Nota: Tabla resumen de los porcentajes medios de trastorno por estrés postraumático encontrados en los distintos grupos de víctimas, así como el porcentaje medio general

^a Nota: Sin datos (s.d.)

Tabla 4.41. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas de atentados terroristas durante el primer año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno depresivo mayor
Grieger <i>et al.</i> (2004) ^a	11-S 11/09/2001 Pentágono, Washington D. C., EE. UU.	212 trabajadores del Pentágono (120 estaban en el Pentágono o sus alrededores en el momento del atentado)	1 año (13 meses)	"Patient Health Questionnaire Depression Scale" (PHQ) basado en criterios DSM-IV	4%
Jordan <i>et al.</i> (2004) ^a	11-S 11/09/2001 Pentágono, Washington D. C., EE. UU.	4.739 trabajadores del Pentágono	1-4 meses	PRIME-MD Patient Health Questionnaire (PHQ) (2 preguntas, sobre tristeza y anhedonia, criterios DSM-IV)	17,7%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					17,1%

^a Nota: En el artículo Grieger *et al.* (2004), se incluyen víctimas directas del ataque al Pentágono, pero también hay algunos casos incluidos en los que no se especifica donde estaban en el momento del atentado. Es muy probable que ambos artículos formen parte del mismo estudio, pero al ser distintos tanto el N de la muestra como el momento de evaluación, se toman en cuenta ambos estudios por separado. En el artículo de Jordan *et al.* (2004) no se aportan datos acerca del número de heridos, si estaban presentes en el Pentágono en el momento del atentado, o la zona del Pentágono en la que se encontraban.

Tabla 4.42. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas de atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno depresivo mayor
Abenhaim <i>et al.</i> (1992)	21 atentados llevados a cabo entre 1982 y 1987 en lugares públicos de Francia (20 con bombas y uno con ametralladora)	254 supervivientes de los ataques terroristas (105 no resultaron heridos, 48 resultaron heridos moderados y 101 heridos graves)	4 meses-5 años (la mayoría 5 años)	15 ítems creados <i>ad hoc</i> para el estudio basándose en los <i>criterios DSM-III</i> para depresión	13,3% (21,8% en los heridos graves y 8,5% en heridos leves o no heridos)
Grieger <i>et al.</i> (2005)	11-S 11/09/2001 Pentágono, Washington, DC, EE. UU.	267 trabajadores del Pentágono (129 estaban en el Pentágono en el momento del atentado, 28 de los cuales resultaron heridos)	25 meses	“ <i>Patient Health Questionnaire Depression Scale</i> ” (PHQ)	7% - En función del lugar: 10% en el personal que se encontraba en el Pentágono y 4% en los que no se encontraban allí - De los que se encontraban en el Pentágono, la prevalencia sería de un 21%, mientras que en los no heridos del 7%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					10,1%
Porcentaje medio sin Grieger <i>et al.</i> (2005) (ponderado por el tamaño de la muestra)					13,3%

^a Nota: En el artículo de Grieger *et al.* (2005) se incluyen víctimas directas del ataque al Pentágono, pero también hay algunos casos incluidos en los que no se especifica donde estaban en el momento del atentado. Dado las elevadas dimensiones del Pentágono y la falta de datos se decidió calcular el porcentaje medio dos veces, la primera incluyendo el dato de este artículo y la segunda excluyéndole.

Tabla 4.43. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en intervinientes en atentados terroristas más de un año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno depresivo mayor
CDC (2004)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.138 trabajadores y voluntarios de equipos de rescate y salvamento	10-15 meses	"Patient Health Questionnaire" (PHQ)	5,6%
Stellman <i>et al.</i> (2008)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	10.132 trabajadores de equipos de rescate, recuperación y voluntarios (5% eran también familiares de víctimas mortales, 36% eran también amigos de víctimas mortales)	10-61 meses	"Patient Health Questionnaire" (PHQ)	8,8%
Chiu <i>et al.</i> (2011)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.915 bomberos jubilados	4-6 años	"Center for Epidemiologic Studies Depression" (CES-D) con punto de corte ≥ 22	22,7%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					10,5%

Tabla 4.44. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en población general durante el primer año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno depresivo mayor
Neria <i>et al.</i> (2008)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	929 adultos pacientes de atención primaria (252 perdieron a algún ser querido en los atentados)	7-16 meses	“Primary Care Evaluation of Mental Disorders” (PRIME-MD)	21,5% ^a (29,2% de las personas que habían perdido a alguien, 18,9% de los que no habían perdido a nadie)
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					21,5%

* No se incluye el estudio de Muñoz *et al.* (2004), por haber sido realizado 7-13 días después de los atentados, siendo imposible realizar un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, puesto que harían falta al menos 2 semanas presentando síntomas

^a Nota: Dato no incluido en el artículo, sino calculado a través de la información aportada en el mismo

Tabla 4.45. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en población general más de un año tras los atentados, basada en instrumentos de cribado

Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno depresivo mayor
Tracy <i>et al.</i> (2008)	Atentados ocurridos en Israel desde septiembre de 2000 hasta agosto-septiembre de 2004	1.613 adultos residentes en Israel	4 años después del primer ataque terrorista	2 ítems del “Patient Health Questionnaire” (PHQ-2) y punto de corte ≥ 3	20,9%
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					20,9%

Tabla 4.46. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, basada en instrumentos de cribado. Tabla resumen*

Momento de evaluación		Víctimas directas	Familiares y amigos de víctimas directas	Intervinientes	Población general	Todos los grupos de víctimas Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)
1mes-1año tras los atentados	Prevalencia	17,1%	s.d. ^a	s.d. ^a	21,5%	17,8%
	N	4.951	s.d. ^a	s.d. ^a	929	5.880
≥ 1 año tras los atentados	Prevalencia	10,1% (13,3% sin el estudio de Grieger <i>et al.</i> , 2005)	s.d. ^a	10,5%	20,9%	11,6% (11,7% sin el estudio de Grieger <i>et al.</i> (2005))
	N	521 (254 sin el estudio de Grieger <i>et al.</i> , 2005)	s.d. ^a	13.185	1.613	15.319 (15.052 sin el estudio de Grieger <i>et al.</i> (2005))
Prevalencia ponderada (incluye ambos momentos)	Prevalencia	16,4% (16,9% sin el estudio de Grieger <i>et al.</i> (2005)) (13,3 % sin Jordan <i>et al.</i> (2004), Grieger <i>et al.</i> (2003) y Grieger <i>et al.</i> (2005))	s.d. ^a	10,5%	21,1%	13,3% (12,2% sin Jordan <i>et al.</i> (2004), Grieger <i>et al.</i> (2003) y Grieger <i>et al.</i> (2005))
	N	5.472 (5.205 sin el estudio de Grieger <i>et al.</i> (2005)) (254 sin Jordan <i>et al.</i> (2004), Grieger <i>et al.</i> (2003) y Grieger <i>et al.</i> (2005))	s.d. ^a	13.185	2.542	21.199 (15.981 sin Jordan <i>et al.</i> (2004), Grieger <i>et al.</i> (2003) y Grieger <i>et al.</i> (2005))

*Nota: Tabla resumen de los porcentajes medios de trastorno depresivo mayor en los distintos grupos de víctimas, así como el porcentaje medio general

^a Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.47. Prevalencia del trastorno de angustia tras atentados terroristas basada en instrumentos de cribado*

Tipo de víctimas	Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno de angustia
Intervinientes	CDC (2004)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.138 trabajadores y voluntarios de equipos de rescate y salvamento	10-15 meses	"Patient Health Questionnaire" (PHQ)	5,8%
	Stellman <i>et al.</i> (2008)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	10.132 trabajadores de equipos de rescate, recuperación y voluntarios (5% eran también familiares de víctimas mortales, 36% eran también amigos de víctimas mortales)	10-61 meses	"Patient Health Questionnaire" (PHQ)	5%
	Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					5,1%
Población general	Neria <i>et al.</i> (2008)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	929 adultos pacientes de atención primaria (252 perdieron a algún ser querido en los atentados)	7-16 meses	"The Primary Care Evaluation of Mental Disorders" (PRIME-MD)	4% ^a (4,4% de las personas que habían perdido a alguien, 3,9% de los que no habían perdido a nadie)
	Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					4%

^a Nota: Dato no incluido en el artículo, sino calculado a través de la información aportada en el mismo

* Nota: No se ha incluido en esta tabla el artículo de Jordan *et al.* (2004) por hablar de ataques de pánico y no trastorno de angustia, ya que puede que los sujetos hayan presentado alguna crisis de angustia, sin que eso tenga que conllevar necesariamente que desarrollasen el trastorno

Tabla 4.48. Prevalencia del trastorno de angustia en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas basada en instrumentos de cribado.

Tabla resumen*

Momento de evaluación		Víctimas directas	Familiares y amigos de víctimas directas	Intervinientes	Población general	Todos los grupos de víctimas Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)
1mes-1año tras los atentados	Prevalencia	s.d. ^a	s.d. ^a	5,1%	4%	5%
	N	s.d. ^a	s.d. ^a	11.270	929	12.199
≥ 1 año tras los atentados	Prevalencia	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
	N	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
Prevalencia ponderada (incluye ambos momentos)	Prevalencia	s.d. ^a	s.d. ^a	5,1%	4%	5%
	N	s.d. ^a	s.d. ^a	11.270	929	12.199

*Nota: Tabla resumen de los porcentajes medios de trastorno de angustia en los distintos grupos de víctimas, así como el porcentaje medio general

^a Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.49. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en intervinientes y población general tras atentados terroristas, basada en instrumentos de cribado

Tipo de víctimas	Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Momento de la evaluación tras los atentados	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada
Víctimas directas	Jordan <i>et al.</i> (2004) ^a	11-S 11/09/2001 Pentágono, Washington D. C., EE. UU.	4.739 trabajadores del Pentágono	1-4 meses	Preguntas del <i>PRIME-MD Patient Health Questionnaire (PHQ)</i>	26,9%
	Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					26,9%
Intervinientes	CDC (2004)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	1.138 trabajadores y voluntarios de equipos de rescate y salvamento	10-15 meses	“ <i>Patient Health Questionnaire</i> ” (PHQ)	5,9%
	Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					5,9%
Población general	Neria <i>et al.</i> (2008)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	929 adultos pacientes de atención primaria (252 perdieron a algún ser querido en los atentados)	7-16 meses	“ <i>The Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i> ” (PRIME-MD)	11,1% ^b (19,4% de las personas que habían perdido a alguien, 8% de los que no habían perdido a nadie)
	Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					11,1%

^a Nota: En el artículo de Jordan *et al.* (2004) no se aportan datos acerca del número de heridos, si estaban presentes en el Pentágono en el momento del atentado, o la zona del Pentágono en la que se encontraban. Dado las elevadas dimensiones del Pentágono y la falta de datos se decidió calcular el porcentaje medio dos veces, la primera incluyendo este dato y la segunda excluyéndolo (en la tabla 4.50)

^b Nota: Dato no incluido en el artículo, sino calculado a través de la información aportada en el mismo

Tabla 4.50. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, basada en instrumentos de cribado. Tabla resumen*

Momento de evaluación		Víctimas directas	Familiares y amigos de víctimas directas	Intervinientes	Población general	Todos los grupos de víctimas Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)
1mes-1año tras los atentados	Prevalencia	26,9%	s.d. ^a	5,9%	11,1%	21,2% (sin Jordan <i>et al.</i> (2004) 8,2%)
	N	4.739	s.d. ^a	1.138	929	6.806 (sin Jordan <i>et al.</i> (2004) 2.067)
≥ 1 año tras los atentados	Prevalencia	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
	N	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
Prevalencia ponderada (incluye ambos momentos)	Prevalencia	26,9%	s.d. ^a	5,9%	11,1%	21,2% (sin Jordan <i>et al.</i> (2004) 8,2%)
	N	4.739	s.d. ^a	1.138	929	6.806 (sin Jordan <i>et al.</i> (2004) 2.067)

*Nota: Tabla resumen de los porcentajes medios de trastorno de ansiedad generalizada en los distintos grupos de víctimas, así como el porcentaje medio general

^a Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.51. Comparativa entre las prevalencias del trastorno por estrés postraumático basadas en entrevistas diagnósticas y las basadas en instrumentos de cribado

Grupo de víctimas		Rangos de prevalencia		Prevalencia media (porcentajes ponderados por el tamaño de la muestra)		Número de muestras evaluadas		N total de todas las muestras	
		Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado
Víctimas directas	Primer año tras atentados	18%-61%	6,3%-51,9%	41,2%	12,6% (38,5% sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004) y Jordan <i>et al.</i> (2004))	7	13	818	5.700 (748 sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004) y Jordan <i>et al.</i> (2004))
	Más de un año tras atentados	26%-32,4%	2,8%-31%	27,7%	15% (15% sin Grieger <i>et al.</i> (2005))	3	6	275	4.330 (4.063 sin Grieger <i>et al.</i> (2005))
	General	18%-61%	2,8%-51,9%	37,8%	13,6% (18,6% sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004), Jordan <i>et al.</i> (2004) y Grieger <i>et al.</i> (2005))	10	19	1.093	10.030 (4.811 sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004), Jordan <i>et al.</i> (2004) y Grieger <i>et al.</i> (2005))
Familiares y amigos de víctimas directas	Primer año tras atentados	28,2%-32%	32,9%-95% (32,9%-32,9% sin Scrimin <i>et al.</i> (2006))	29,3%	51,4% (32,9% sin Scrimin <i>et al.</i> (2006))	2	s.d. ^a	167	67 (47 sin Scrimin <i>et al.</i> (2006))

Grupo de víctimas		Rangos de prevalencia		Prevalencia media (porcentajes ponderados por el tamaño de la muestra)		Número de muestras evaluadas		N total de todas las muestras	
		Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado
Familiars y amigos de víctimas directas	Más de un año tras atentados	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
	General	28,2%-32%	32,9%-95% (32,9%-32,9% sin Scrimin <i>et al.</i> (2006))	29,3%	51,4% (32,9% sin Scrimin <i>et al.</i> (2006))	2	s.d. ^a	167	67 (47 sin Scrimin <i>et al.</i> (2006))
Intervinientes	Primer año tras atentados	1,2%-6,8%	1,3%-15%	6%	9,2%	3	4	1.314	7.047
	Más de un año tras atentados	5,8%-13%	2,3%-22%	7,5%	11,5%	5	7	4.619	77.661
	General	1,2%-13%	1,3%-22%	7,2%	11,3%	8	11	5.933	84.708
Población general	Primer año tras atentados	1,7%-7,4%	4,3%-38,9%	4,4%	14,7%	7	13	17.886	12.735
	Más de un año tras atentados	3,8%-30% (3,8%-4% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	8,9%-16,2%	5,9% (3,8% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	15,4%	3	6	1.857 (1.708 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	87.123
	General	1,7%-30% (1,7%-7,4% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	4,3%-38,9%	4,5% (4,3% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	15,3%	10	19	19.743 (19.594 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	99.858

Grupo de víctimas		Rangos de prevalencia		Prevalencia media (porcentajes ponderados por el tamaño de la muestra)		Número de muestras evaluadas		N total de todas las muestras	
		Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado
Todos los grupos de víctimas	Primer año tras atentados	1,2%-61%	1,3%-95% (1,3%-51,9% sin Scrimin <i>et al.</i> (2006))	6,2%	12,8% (13,7% sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004), Jordan <i>et al.</i> (2004) y Scrimin <i>et al.</i> (2006))	19	30	20.185	25.549 (20.577 sin Grieger <i>et al.</i> (2003), Grieger <i>et al.</i> (2004), Jordan <i>et al.</i> (2004) y Scrimin <i>et al.</i> (2006))
	Más de un año tras atentados	3,8%-32,4%	2,3%-31%	7,9% (7,3% sin el estudio de y Shear <i>et al.</i> (2006))	13,6% (13,6% sin Grieger <i>et al.</i> (2005))	11	19	6.751 (6.602 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	169.114 (168.847 sin Grieger <i>et al.</i> (2005))
	General	1,2%-61%	1,3%-95% (1,3%-51,9% sin Scrimin <i>et al.</i> (2006))	6,6% (6,5% sin el estudio de y Shear <i>et al.</i> (2006))	13,5% (13,6% sin Grieger <i>et al.</i> (2003, 2004, 2005), Jordan <i>et al.</i> (2004) y Scrimin <i>et al.</i> (2006))	30	49	26.936 (26.787 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	194.663 (189.424 sin Grieger <i>et al.</i> (2003, 2004, 2005), Jordan <i>et al.</i> (2004) y Scrimin <i>et al.</i> (2006))

^a Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.52. Comparativa entre las prevalencias del trastorno depresivo mayor basadas en entrevistas diagnósticas y las basadas en instrumentos de cribado

Grupo de víctimas		Rangos de prevalencia		Prevalencia media (porcentajes ponderados por el tamaño de la muestra)		Número de muestras evaluadas		N total de todas las muestras	
		Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado
Víctimas directas	Primer año tras atentados	19,4%-31,5%	4%-17,7% (s.d. ^a sin Grieger <i>et al.</i> (2004) y Jordan <i>et al.</i> (2004))	23,6%	17,1%	4	2	592	4.951
	Más de un año tras atentados	10%-10%	7%-13,3% (13,3%-13,3% sin Grieger <i>et al.</i> (2005))	10%	10,1% (13,3% sin el estudio de Grieger <i>et al.</i> (2005))	1	2	113	521 (254 sin el estudio de Grieger <i>et al.</i> (2005))
	General	10%--31,5%	4%-17,7% (13,3%-13,3% sin Grieger <i>et al.</i> (2004), Grieger <i>et al.</i> (2005) y Jordan <i>et al.</i> (2004))	21,4%	16,4% (16,9% sin el estudio de Grieger <i>et al.</i> (2005)) (13,3 % sin Jordan <i>et al.</i> (2004)), Grieger <i>et al.</i> (2003)) y Grieger <i>et al.</i> (2005))	5	4	705	5.472 (5.205 sin el estudio de Grieger <i>et al.</i> (2005)) (254 sin Jordan <i>et al.</i> (2004)), Grieger <i>et al.</i> (2003)) y Grieger <i>et al.</i> (2005))

Grupo de víctimas		Rangos de prevalencia		Prevalencia media (porcentajes ponderados por el tamaño de la muestra)		Número de muestras evaluadas		N total de todas las muestras	
		Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado
Familiares y amigos de víctimas directas	Primer año tras atentados	31,3%-31,3%	s.d. ^a	31,3%	s.d. ^a	1	s.d. ^a	117	s.d. ^a
	Más de un año tras atentados	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
	General	31,3%-31,3%	s.d. ^a	31,3%	s.d. ^a	1	s.d. ^a	117	s.d. ^a
Intervinientes	Primer año tras atentados	1,3%-4,6%	s.d. ^a	3,9%	s.d. ^a	3	s.d. ^a	1.358	s.d. ^a
	Más de un año tras atentados	6%-8%	5,6%-27,7%	6,1%	10,5%	2	3	3.136	13.185
	General	1,3%-8%	5,6%-27,7%	5,5%	10,5%	5	3	4.494	13.185
Población general	Primer año tras atentados	7,4%-11,8%	21,5%-21,5%	8,9%	21,5%	6	1	12.132	929
	Más de un año tras atentados	11,6%-30,9% (11,6%-19% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	20,9%-20,9%	13,3% (11,7% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	20,9%	3	1	1.857 (1.708 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	1.613

Grupo de víctimas		Rangos de prevalencia		Prevalencia media (porcentajes ponderados por el tamaño de la muestra)		Número de muestras evaluadas		N total de todas las muestras	
		Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado
Población general	General	7,4%-30,9% (7,4%-19% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	20,9%-21,9%	9,5% (9,2% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	21,1%	9	2	13.989 (13.840 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	2.542
Todos los grupos de víctimas	Primer año tras atentados	1,3%-31,5%	4%- 21,9% (13,3%-21,9% sin Grieger <i>et al.</i> (2004) y Jordan <i>et al.</i> (2004))	9,2%	17,8%	14	3	14.199	5.880
	Más de un año tras atentados	6%-30,9% (6%-19% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	5,6%-27,7%	8,8% (8,1% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	11,6% (11,7% sin el estudio de Grieger <i>et al.</i> (2005))	6	6	5.106 (4.957 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	15.319 (15.052 sin el estudio de Grieger <i>et al.</i> (2005))
	General	1,3%-31,5%	4%-27,7% (5,6%-27,7% sin Grieger <i>et al.</i> (2004), Grieger <i>et al.</i> (2005) y Jordan <i>et al.</i> (2004))	9,1% (8,9% sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	13,3% (12,2% sin Jordan <i>et al.</i> (2004)), Grieger <i>et al.</i> (2003)) y Grieger <i>et al.</i> (2005))	20	9	19.305 (19.156 sin el estudio de Shear <i>et al.</i> (2006))	21.199 (15.981 sin Jordan <i>et al.</i> (2004)), Grieger <i>et al.</i> (2003)) y Grieger <i>et al.</i> (2005))

^a Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.53. Comparativa entre las prevalencias del trastorno de angustia basadas en entrevistas diagnósticas y las basadas en instrumentos de cribado

Grupo de víctimas		Rangos de prevalencia		Prevalencia media (porcentajes ponderados por el tamaño de la muestra)		Número de muestras evaluadas		N total de todas las muestras	
		Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado
Víctimas directas	Primer año tras atentados	4%-9,4%	s.d. ^a	6,2%	s.d. ^a	4	s.d. ^a	592	s.d. ^a
	Más de un año tras atentados	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
	General	4%-9,4%	s.d. ^a	6,2%	s.d. ^a	4	s.d. ^a	592	s.d. ^a
Familiares y amigos de víctimas directas	Primer año tras atentados	22,1%-22,1%	s.d. ^a	22,1%	s.d. ^a	1	s.d. ^a	117	s.d. ^a
	Más de un año tras atentados	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
	General	22,1%-22,1%	s.d. ^a	22,1%	s.d. ^a	1	s.d. ^a	117	s.d. ^a
Intervinientes	Primer año tras atentados	0,7%-2,4%	5%-5,8%	2,1%	5,1%	3	2	1.358	11.270
	Más de un año tras atentados	1%-2,5%	s.d. ^a	2,4%	s.d. ^a	2	s.d. ^a	3.136	s.d. ^a
	General	0,7%-2,5%	5%-5,8%	2,3%	5,1%	5	2	4.494	11.270

Grupo de víctimas		Rangos de prevalencia		Prevalencia media (porcentajes ponderados por el tamaño de la muestra)		Número de muestras evaluadas		N total de todas las muestras	
		Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado
Población general	Primer año tras atentados	2,1%-15,2%	4%-4%	11,9%	4%	5	1	7.451	929
	Más de un año tras atentados	4%-4%	s.d. ^a	4%	s.d. ^a	1	s.d. ^a	27	s.d. ^a
	General	2,1%-15,2%	4%-4%	11,9%	4%	6	1	7.478	929
Todos los grupos de víctimas	Primer año tras atentados	0,7%-22,1%	4%-5,8%	10,3%	5%	13	3	9.518	12.199
	Más de un año tras atentados	1%-4%	s.d. ^a	2,4%	s.d. ^a	3	s.d. ^a	3.163	s.d. ^a
	General	0,7%-22,1%	4%-5,8%	8,3%	5%	16	3	12.681	12.199

^a Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.54. Comparativa entre las prevalencias de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia basadas en entrevistas diagnósticas y las basadas en instrumentos de cribado

		Rangos de prevalencia		Prevalencia media (porcentajes ponderados por el tamaño de la muestra)		Número de muestras evaluadas		N total de todas las muestras	
Grupo de víctimas		Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado
Víctimas directas	Primer año tras atentados	12%-23,8%	s.d. ^a	20,2%	s.d. ^a	2	s.d. ^a	183	s.d. ^a
	Más de un año tras atentados	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
	General	12%-23,8%	s.d. ^a	20,2%	s.d. ^a	2	s.d. ^a	183	s.d. ^a
Familiares y amigos de víctimas directas	Primer año tras atentados	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
	Más de un año tras atentados	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
	General	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
Intervinientes	Primer año tras atentados	0,7%-0,7%	s.d. ^a	0,7%	s.d. ^a	1	s.d. ^a	153	s.d. ^a
	Más de un año tras atentados	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
	General	0,7%-0,7%	s.d. ^a	0,7%	s.d. ^a	1	s.d. ^a	153	s.d. ^a

		Rangos de prevalencia		Prevalencia media (porcentajes ponderados por el tamaño de la muestra)		Número de muestras evaluadas		N total de todas las muestras	
Grupo de víctimas		Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado
Población general	Primer año tras atentados	10,5%-10,5%	s.d. ^a	10,5%	s.d. ^a	1	s.d. ^a	485	s.d. ^a
	Más de un año tras atentados	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
	General	10,5%-10,5%	s.d. ^a	10,5%	s.d. ^a	1	s.d. ^a	485	s.d. ^a
Todos los grupos de víctimas	Primer año tras atentados	0,7%-23,8%	s.d. ^a	10,8%	s.d. ^a	4	s.d. ^a	821	s.d. ^a
	Más de un año tras atentados	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
	General	0,7%-23,8%	s.d. ^a	10,8%	s.d. ^a	4	s.d. ^a	821	s.d. ^a

^a Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.55. Comparativa entre las prevalencias del trastorno de ansiedad generalizada basadas en entrevistas diagnósticas y las basadas en instrumentos de cribado

Grupo de víctimas		Rangos de prevalencia		Prevalencia media (porcentajes ponderados por el tamaño de la muestra)		Número de muestras evaluadas		N total de todas las muestras	
		Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado
Víctimas directas	Primer año tras atentados	4%-13,4%	26,9%-26,9% (s. d. ^a sin Jordan <i>et al.</i> (2004))	6,9%	26,9% (s. d. ^a sin Jordan <i>et al.</i> (2004))	4	1	592	4.739 (s. d. ^a sin Jordan <i>et al.</i> (2004))
	Más de un año tras atentados	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a
	General	4%-13,4%	26,9%-26,9% (s. d. ^a sin Jordan <i>et al.</i> (2004))	6,9%	26,9% (s. d. ^a sin Jordan <i>et al.</i> (2004))	4	1	592	4.739 (s. d. ^a sin Jordan <i>et al.</i> (2004))
Familiares y amigos de víctimas directas	Primer año tras atentados	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a
	Más de un año tras atentados	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a
	General	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a
Intervinientes	Primer año tras atentados	0,7%-2,2%	5,9%-5,9%	2%	5,9%	2	1	1.193	1.138

Grupo de víctimas		Rangos de prevalencia		Prevalencia media (porcentajes ponderados por el tamaño de la muestra)		Número de muestras evaluadas		N total de todas las muestras	
		Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado	Estudios basados en entrevistas diagnósticas	Estudios basados en instrumentos de cribado
Intervinientes	Más de un año tras atentados	1%-3,5%	s. d. ^a	3,4%	s. d. ^a	2	s. d. ^a	3.136	s. d. ^a
	General	0,7%-3,5%	5,9%-5,9%	3%	5,9%	4	1	4.329	1.138
Población general	Primer año tras atentados	8,6%-8,6%	11,1%-11,1%	8,6%	11,1%	1	1	485	929
	Más de un año tras atentados	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a	s. d. ^a
	General	8,6%-8,6%	11,1%-11,1%	8,6%	11,1%	1	1	485	929
Todos los grupos de víctimas	Primer año tras atentados	0,7%-13,4%	5,9%-26,9% (5,9%-11,1% sin Jordan <i>et al.</i> (2004))	4,7%	21,2% (8,2% sin Jordan <i>et al.</i> (2004))	7	3	2.270	6.806 (2.067 sin Jordan <i>et al.</i> (2004))
	Más de un año tras atentados	1%-3,5%	s. d. ^a	3,4%	s. d. ^a	2	s. d. ^a	3.136	s. d. ^a
	General	0,7%-13,4%	5,9%-26,9% (5,9%-11,1% sin Jordan <i>et al.</i> (2004))	3,9%	21,2% (8,2% sin Jordan <i>et al.</i> (2004))	9	3	5.406	6.806 (2.067 sin Jordan <i>et al.</i> (2004))

^a Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.56. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en función del tiempo transcurrido tras el atentado

Tipo de muestra	Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno por estrés postraumático			
					1-3 meses	6-9 meses	1 año	Años
Víctimas directas	Conejo-Galindo <i>et al.</i> (2008)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	56 heridos supervivientes (56 en T1, 44 en T2 y 42 en T3)	Versión española de la “ <i>Mini international neuropsychiatric interview</i> ” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los criterios DSM-IV	35,7%	34,1%	28,6%	-
	North <i>et al.</i> (2011)	19/04/1995 Oklahoma, EE. UU.	113 Supervivientes	“ <i>Diagnostic Interview Schedule</i> ” (DIS)/“ <i>Disaster Supplement</i> ” (DS) y criterios DSM-IV-TR	-	41%	-	26% (7 años)
Intervinientes	Zimering <i>et al.</i> (2006)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	109 trabajadores de socorros	“ <i>Clinician Administered PTSD Scale</i> ” (CAPS) basada en criterios DSM-IV	11% ^a	0%	-	-
Población general	Galea <i>et al.</i> (2003)	11-S 11/09/2001 Nueva York, EE. UU.	988 adultos residentes en Manhattan cuando ocurrió el atentado (854 en la siguiente evaluación 6 meses)	Módulo de trastorno por estrés postraumático de la <i>National Women’s Study (NWS)</i> basada en criterios DSM-IV	7,5%	0,6%	-	-
	Salguero, Cano-Vindel <i>et al.</i> (2011)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	1.589 adultos residentes en Madrid (1.008 al año)	“ <i>Entrevista PE-IIM</i> ” basada en el “ <i>National Women’s Study</i> ” (NWS) cumpliendo ambas criterios DSM-IV	4%	-	3,5%	-
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					6,2%	5,9%	4,5%	26%

^a Nota: Media calculada de los valores aportados en el artículo

Tabla 4.57. Prevalencia del trastorno depresivo mayor en función del tiempo transcurrido tras el atentado

Tipo de muestra	Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno depresivo mayor			
					1-3 meses	6-9 meses	1 año	1-5 años
Víctimas directas	Conejo-Galindo <i>et al.</i> (2008)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	56 heridos supervivientes (56 en T1, 44 en T2 y 42 en T3)	Versión española de la “ <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> ” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los criterios DSM-IV	28,6%	22,7%	28,6%	-
	North <i>et al.</i> (2011)	19/04/1995 Oklahoma, EE. UU.	113 supervivientes	<i>Diagnostic Interview Schedule</i> (DIS)/ <i>Disaster Supplement</i> (DS) y criterios DSM-IV-TR evaluando el trastorno depresivo mayor	-	38%	-	10% (7 años)
Población general	Salguero, Cano-Vindel <i>et al.</i> (2011)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	1.589 adultos residentes en Madrid (1.008 al año)	Versión adaptada del módulo de trastorno depresivo mayor de la “ <i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R</i> ” (SCID)	8%	-	7,1%	-
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					8,7%	33,7%	8%	10%

Tabla 4.58. Prevalencia del trastorno de angustia en función del tiempo transcurrido tras el atentado

Tipo de muestra	Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de trastorno de angustia			
					1-3 meses	6-9 meses	1 año	1-5 años
Víctimas directas	Conejo-Galindo <i>et al.</i> (2008)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	56 heridos supervivientes (56 en T1, 44 en T2 y 42 en T3)	Versión española de la “ <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> ” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los criterios DSM-IV	5,4%	9,1%	4,8%	-
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					5,4%	9,1%	4,8%	s.d.^a

^aNota: sin datos (s. d.)**Tabla 4.59.** Prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia en función del tiempo transcurrido tras el atentado

Tipo de muestra	Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia de la agorafobia sin historia de angustia			
					1-3 meses	6-9 meses	1 año	1-5 años
Víctimas directas	Conejo-Galindo <i>et al.</i> (2008)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	56 heridos supervivientes (56 en T1, 44 en T2 y 42 en T3)	Versión española de la “Mini international neuropsychiatric interview” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los criterios DSM-IV	10,7%	18,2%	7,1%	-
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					10,7%	18,2%	7,1%	s.d.^a

^aNota: sin datos (s. d.)

Tabla 4.60. Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en función del tiempo transcurrido tras el atentado

Tipo de muestra	Referencia del estudio	Atentado	Muestra	Instrumentos de medida utilizados	Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada			
					1-3 meses	6-9 meses	1 año	1-5 años
Víctimas directas	Conejo-Galindo <i>et al.</i> (2008)	11-M 11/04/2004 Madrid, España	56 heridos supervivientes (56 en T1, 44 en T2 y 42 en T3)	Versión española de la “Mini international neuropsychiatric interview” (MINI), entrevista diagnóstica basada en los criterios DSM-IV	12,5%	11,4%	11,9%	-
Porcentaje medio (ponderado por el tamaño de la muestra)					12,5%	11,4%	11,9%	s.d.^a

^aNota: sin datos (s. d.)

Tabla 4.61. Tabla resumen sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados

Trastorno		1-3 meses	6-9 meses	12 meses	1-5 años
Trastorno por estrés postraumático	Prevalencia	6,2%	5,9%	4,5%	26%
	<i>N</i>	2.742	1.120	1.050	113
Trastorno depresivo mayor	Prevalencia	8,7%	33,7%	8%	10%
	<i>N</i>	1.645	157	1.050	113
Trastorno de angustia	Prevalencia	5,4%	9,1%	4,8%	s.d. ^a
	<i>N</i>	56	44	42	s.d. ^a
Agorafobia sin trastorno de angustia	Prevalencia	10,7%	18,2%	7,1%	s.d. ^a
	<i>N</i>	56	44	42	s.d. ^a
Agorafobia de ansiedad generalizada	Prevalencia	12,5%	11,4%	11,9%	s.d. ^a
	<i>N</i>	56	44	42	s.d. ^a
Combinación de los trastornos evaluados	Prevalencia	7,5%	9,7%	6,3%	18%
	<i>N</i>	3.555	1.409	2.226	226

^a Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.62. Estudios en los que se han utilizado los distintos criterios diagnósticos

Trastornos psicológicos	Grupo de víctimas	Criterios diagnósticos			
		<i>DSM-III</i>	<i>DSM-III-R</i>	<i>DSM-IV</i>	<i>DSM-IV-TR</i>
Trastorno por estrés postraumático	Víctimas directas	0	1	8	1
	Familiares y amigos de víctimas directas	0	0	2	0
	Intervinientes	0	2	6	0
	Población general	0	1	9	0
	Todos los grupos de víctimas	0	4	25	1
Trastorno depresivo mayor	Víctimas directas	0	1	3	1
	Familiares y amigos de víctimas directas	0	1	0	0
	Intervinientes	0	3	2	0
	Población general	0	4	4	1
	Todos los grupos de víctimas	0	9	9	2
Trastorno de angustia	Víctimas directas	0	0	4	0
	Familiares y amigos de víctimas directas	0	0	1	0
	Intervinientes	0	2	3	0
	Población general	0	1	5	0
	Todos los grupos de víctimas	0	3	13	0
Agorafobia sin historia de angustia	Víctimas directas	0	0	2	0
	Familiares y amigos de víctimas directas	0	0	0	0
	Intervinientes	0	0	1	0
	Población general	0	0	1	0
	Todos los grupos de víctimas	0	0	4	0
Trastorno de ansiedad generalizada	Víctimas directas	0	0	4	0
	Familiares y amigos de víctimas directas	0	0	0	0
	Intervinientes	0	2	2	0
	Población general	0	0	1	0
	Todos los grupos de víctimas	0	2	7	0
Todos los trastornos	Víctimas directas	0	2	21	2
	Familiares y amigos de víctimas directas	0	1	3	0
	Intervinientes	0	9	14	0
	Población general	0	6	20	1
	Todos los grupos de víctimas	0	18	58	3

Tabla 4.63. Prevalencias del trastorno por estrés postraumático según los criterios diagnósticos utilizados

Grupo de víctimas	<i>DSM-III</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-III-R</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-IV</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-IV-TR</i> Prevalencia (N)
Víctimas directas	s.d. ^a	34,3% (182)	40,3% (798)	26% (113)
Familiares y amigos de víctimas directas	s.d. ^a	s.d. ^a	29,3% (167)	s.d. ^a
Intervinientes	s.d. ^a	13% (191)	7% (5.742)	s.d. ^a
Población general	s.d. ^a	4% (27)	4,6% (19.716) (sin Shear <i>et al.</i> (2006): 4,4% (19.567))	s.d. ^a
Todos los grupos de víctimas	s.d. ^a	22,1% (400)	6,3% (26.423) (sin Shear <i>et al.</i> (2006): 6,2% (26.274))	26% (113)

^aNota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.64. Prevalencias del trastorno depresivo mayor según los criterios diagnósticos utilizados

Grupo de víctimas	<i>DSM-III</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-III-R</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-IV</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-IV-TR</i> Prevalencia (N)
Víctimas directas	s.d. ^a	22,5% (182)	24,2% (410)	10% (113)
Familiares y amigos de víctimas directas	s.d. ^a	31,3% (117)	s.d. ^a	s.d. ^a
Intervinientes	s.d. ^a	4,7% (1.381)	5,8% (3.113)	s.d. ^a
Población general	s.d. ^a	10,6% (5.665)	8,3% (5.624) (sin Shear <i>et al.</i> (2006): 7,7% (5.475))	9,4% (2.700)
Todos los grupos de víctimas	s.d. ^a	10,1% (7.345)	8,2% (9.147) (sin Shear <i>et al.</i> (2006): 7,8% (8.998))	9,4% (2.813)

^aNota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.65. Prevalencias del trastorno de angustia según los criterios diagnósticos utilizados

Grupo de víctimas	<i>DSM-III</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-III-R</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-IV</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-IV-TR</i> Prevalencia (N)
Víctimas directas	s.d. ^a	s.d. ^a	6,2% (592)	s.d. ^a
Familiares y amigos de víctimas directas	s.d. ^a	s.d. ^a	22,1% (117)	s.d. ^a
Intervinientes	s.d. ^a	2,2% (1.216)	2,4% (3.278)	s.d. ^a
Población general	s.d. ^a	4% (27)	11,9% (7.451)	s.d. ^a
Todos los grupos de víctimas	s.d. ^a	2,2% (1.243)	9% (11.438)	s.d. ^a

^a Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.66. Prevalencias de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia según los criterios diagnósticos utilizados

Grupo de víctimas	<i>DSM-III</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-III-R</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-IV</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-IV-TR</i> Prevalencia (N)
Víctimas directas	s.d. ^a	s.d. ^a	20,2% (183)	s.d. ^a
Familiares y amigos de víctimas directas	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
Intervinientes	s.d. ^a	s.d. ^a	0,7% (153)	s.d. ^a
Población general	s.d. ^a	s.d. ^a	10,5% (485)	s.d. ^a
Todos los grupos de víctimas	s.d. ^a	s.d. ^a	10,8% (821)	s.d. ^a

^a Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.67. Prevalencias del trastorno de ansiedad generalizada según los criterios diagnósticos utilizados

Grupo de víctimas	<i>DSM-III</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-III-R</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-IV</i> Prevalencia (N)	<i>DSM-IV-TR</i> Prevalencia (N)
Víctimas directas	s.d. ^a	s.d. ^a	6,9% (592)	s.d. ^a
Familiares y amigos de víctimas directas	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a	s.d. ^a
Intervinientes	s.d. ^a	2,0% (1.216)	3,4% (3.113)	s.d. ^a
Población general	s.d. ^a	s.d. ^a	8,6% (485)	s.d. ^a
Todos los grupos de víctimas	s.d. ^a	2,0% (1.216)	4,5% (4.190)	s.d. ^a

^a Nota: Sin datos (s. d.)

Tabla 4.68. Comparación entre los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático (TEPT) del DSM-IV-TR y los del DSM-5

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TEPT	Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TEPT
<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados 	<p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> experiencia directa del suceso(s) traumático(s). presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros. conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental. exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo
<p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático 	<p>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</p> <ol style="list-style-type: none"> recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s) sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.) Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego. malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s) reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s)

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TEPT	Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TEPT
<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático 2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma 3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma 4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas 5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás 6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor) 7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal) 	<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s) 2. evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s)
	<p>D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas) 2. creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”) 3. percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás 4. estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza) 5. disminución importante del interés o la participación en actividades significativas 6. sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás 7. incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos)

Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el TEPT	Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TEPT
D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas: 1. dificultades para conciliar o mantener el sueño 2. irritabilidad o ataques de ira 3. dificultades para concentrarse 4. hipervigilancia 5. respuestas exageradas de sobresalto	E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes: 1. comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos 2. comportamiento imprudente o autodestructivo 3. hipervigilancia 4. respuesta de sobresalto exagerada 5. problemas de concentración 6. alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto)
E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes	F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes
F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo	G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
	H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica

Tabla 4.69. Comparación entre los criterios diagnóstico para el trastorno depresivo mayor del DSM-IV-TR y los del DSM-5

Criterios diagnósticos DSM-IV-TR del trastorno depresivo mayor	Criterios diagnósticos DSM-5 del trastorno depresivo mayor
<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. 2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. 3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). 8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico 	<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.) 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.) 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Criterios diagnósticos DSM-IV-TR del trastorno depresivo mayor	Criterios diagnósticos DSM-5 del trastorno depresivo mayor
B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto	
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.	B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).	C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor	<p>Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.</p> <p>Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.</p> <p>Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.</p>
<p>B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.</p> <p>C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.</p>	<p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p> <p>Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.</p>

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 5

Objetivos e hipótesis

5.1. Objetivos del estudio empírico

El objetivo principal del estudio empírico de esta tesis doctoral fue examinar la prevalencia a muy largo plazo de los trastornos psicológicos en víctimas adultas de atentados terroristas, en concreto la prevalencia del trastorno por estrés postraumático, de otros trastornos de ansiedad, de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos adaptativos (según criterios DSM-IV).

Los objetivos más específicos del estudio empírico fueron determinar:

- 1) Cuáles son los trastornos psicológicos más prevalentes en víctimas adultas de atentados terroristas.
- 2) Si hay diferencias en la prevalencia de los trastornos psicológicos entre los distintos tipos de víctimas: víctimas directas, familiares de fallecidos y familiares de heridos o ilesos.
- 3) Si existen diferencias en la prevalencia de los distintos trastornos psicológicos en función del sexo de las víctimas.
- 4) Si se observan diferencias en la prevalencia de los distintos trastornos psicológicos en función de la edad de las víctimas.
- 5) Si el tiempo transcurrido desde que ocurrieron los atentados terroristas influye en la prevalencia de los distintos trastornos psicológicos.
- 6) Si el tipo de atentado (masivo frente a no masivo) influye en la prevalencia de los distintos trastornos psicológicos.

5.2. Hipótesis planteadas

Teniendo en cuenta esos objetivos y la literatura científica analizada en los capítulos anteriores, en el presente estudio empírico se formularon las siguientes hipótesis:

- 1) En las víctimas adultas de atentados terroristas se encontrará a muy largo plazo una prevalencia importante del trastorno por estrés postraumático, de otros trastornos de ansiedad, de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos adaptativos, de manera que dicha prevalencia será mayor que la que se suele encontrar en la población general española.
- 2) El trastorno más prevalente en las víctimas adultas de atentados terroristas será el

trastorno por estrés postraumático.

- 3) Las víctimas directas del terrorismo presentarán más trastornos psicológicos que los familiares tanto de fallecidos como de heridos o ilesos tras atentados terroristas.
- 4) Las mujeres víctimas del terrorismo presentarán más trastornos psicológicos que los hombres víctimas del terrorismo.
- 5) Las víctimas del terrorismo más jóvenes presentarán más trastornos psicológicos que las víctimas del terrorismo de edad más avanzada.
- 6) El tiempo transcurrido desde el atentado terrorista tendrá influencia sobre la prevalencia de los distintos trastornos psicológicos en las víctimas adultas del terrorismo.

Respecto a la influencia del tipo de atentado terrorista (masivo frente a no masivo) sobre la prevalencia de los distintos trastornos psicológicos no se tenía ninguna hipótesis explícita ya que la literatura científica no ha abordado todavía de forma directa esta cuestión y existen argumentos, aunque poco sólidos, tanto a favor como en contra (p. ej., cabría plantear que los atentados masivos suelen implicar una mayor sensación de amenaza sobre las personas afectadas, amenaza que constituye un factor de riesgo para la psicopatología, pero también es más probable que ese tipo de atentados despierte un mayor apoyo por parte de la sociedad, apoyo que constituye, por el contrario, un factor de protección para la psicopatología).

5.3. Relevancia del estudio empírico

A nivel general, y como se ha mostrado en los capítulos anteriores, el terrorismo es un problema de gran relevancia mundial y sus consecuencias psicopatológicas están ampliamente extendidas entre sus víctimas directas e indirectas. Al respecto, la relevancia científica del estudio empírico de esta tesis doctoral reside al menos en cuatro puntos:

- 1) Hasta el momento no hay ningún estudio que haya examinado las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas en términos de trastornos psicológicos diagnosticables a muy largo plazo, por ejemplo, después de 20-30 años.

- 2) La mayoría de los estudios sobre las consecuencias psicopatológicas a corto, medio o largo plazo se han basado en evaluaciones realizadas con instrumentos de cribado, con los cuales es menos válido realizar un diagnóstico. En este estudio se utilizó una entrevista diagnóstica estructurada ampliamente utilizada y con buenas propiedades psicométricas, como es la “*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, clinic version*” (SCID-I-VC), basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV.
- 3) Este estudio examinó varios grupos diferenciados dentro de la población de víctimas, analizándose por un lado las víctimas directas y por otro los familiares de estas. Lo que aporta de novedoso este estudio respecto a los tipos de víctimas analizados es que se hizo una distinción entre familiares de heridos o ilesos y familiares de fallecidos, distinción que no se ha encontrado en otros estudios previos.
- 4) Comparada con la mayoría de los estudios previos sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de terrorismo, sobre todo en España, es uno de los estudios que ha examinado una muestra más amplia de víctimas directas y familiares de víctimas directas (507 víctimas que completaron todas ellas una entrevista estructurada para el diagnóstico de los trastornos psicológicos).

Capítulo 6

Método

6.1. Participantes

El estudio empírico que se presenta en esta tesis doctoral forma parte de un proyecto de investigación más amplio sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo y la efectividad de los tratamientos psicológicos para dichas consecuencias. Este proyecto más amplio se realizó en varias fases: en la primera, se recogía información preliminar sobre la presencia de sintomatología psicológica en todas las víctimas de atentados terroristas inscritas en diversas asociaciones españolas de víctimas del terrorismo, ya sea porque ellas mismas habían sufrido un atentado terrorista o por el hecho de ser familiares de personas heridas o fallecidas en un atentado terrorista, y con las cuales fue posible contactar por teléfono y realizar telefónicamente una entrevista de cribado; en la segunda fase, se invitaba a todos los participantes que habían accedido a completar la entrevista telefónica de cribado a realizar presencialmente una entrevista diagnóstica psicopatológica, y en la tercera fase se ofrecía tratamiento psicológico a todas las víctimas que sufrían trastornos de ansiedad, depresivos o adaptativos. La muestra de víctimas que participó en este trabajo se obtuvo de la primera y segunda fase del proyecto.

En concreto, todas las víctimas que participaron en el presente estudio fueron reclutadas de entre todos los asociados de la Asociación Víctimas de Terrorismo (AVT), la Asociación Extremeña de Víctimas de Terrorismo (AEVT), la Asociación Murciana de Víctimas de Terrorismo (AMUVITE) y la Asociación Valenciana de Víctimas de Terrorismo (AVVT). Siendo víctimas residentes en las comunidades autónomas de Extremadura, Murcia, Galicia, La Rioja, Valencia y Madrid. Así, a partir de las listas de asociados proporcionadas por las propias asociaciones, se trató de contactar, sin distinción, con todos los asociados de las citadas comunidades autónomas y asociaciones, un total de 1.731 asociados, de los cuales no se pudo contactar con 487 personas por diversos motivos.

Con algunas víctimas no se pudo contactar porque se habían dado de baja de la asociación ($n = 12$) o habían fallecido ($n = 20$) en el momento de la evaluación; otras eran menores de edad ($n = 70$), lo cual era un criterio de exclusión para realizar la entrevista de cribado y participar en la investigación; otras fueron consideradas como rechazos

indirectos ($n = 123$) porque no se consiguió contactar con ellas de forma directa, pero algún familiar rechazó la realización de la entrevista en su nombre; otras vivían en el extranjero y no había posibilidad de contactar con ellas ($n = 8$); en el caso de otras víctimas, los teléfonos de contacto que se tenían de ellas eran erróneos ($n = 148$), en la mayoría de los casos debido a que habían cambiado su teléfono de contacto y no lo habían notificado a su asociación, de forma que fue imposible contactar telefónicamente con ellas; finalmente, hubo otras víctimas a las que se llamó en numerosas ocasiones (al menos 10 veces en distintos días y horarios), sin que hubiese ninguna contestación a dichas llamadas telefónicas ($n = 106$).

En consecuencia, durante la fase de la entrevista de cribado se pudo contactar con 1.244 personas, de las cuales 965 realizaron la entrevista de cribado (949 de ellas de forma completa, mientras que 16 la comenzaron, pero no la completaron), y 279 no la realizaron. Entre estas últimas, algunas víctimas no realizaron la entrevista de cribado porque rechazaron realizarla nada más comenzar la entrevista ($n = 252$), otras decidieron no realizarla una vez la habían comenzado ($n = 8$), otras dieron evasivas en numerosas ocasiones ($n = 13$) por lo que no se volvió a llamarlas tras más de 10 intentos infructuosos en distintos días y horarios, y, finalmente, otras no pudieron realizarla por problemas de audición ($n = 4$) o discapacidad psíquica ($n = 2$).

De las 949 entrevistas de cribado realizadas de forma completa, la gran mayoría se realizaron de forma telefónica ($n = 927$), salvo en algunas ocasiones en las que las propias víctimas solicitaron realizarla de forma presencial ($n = 22$).

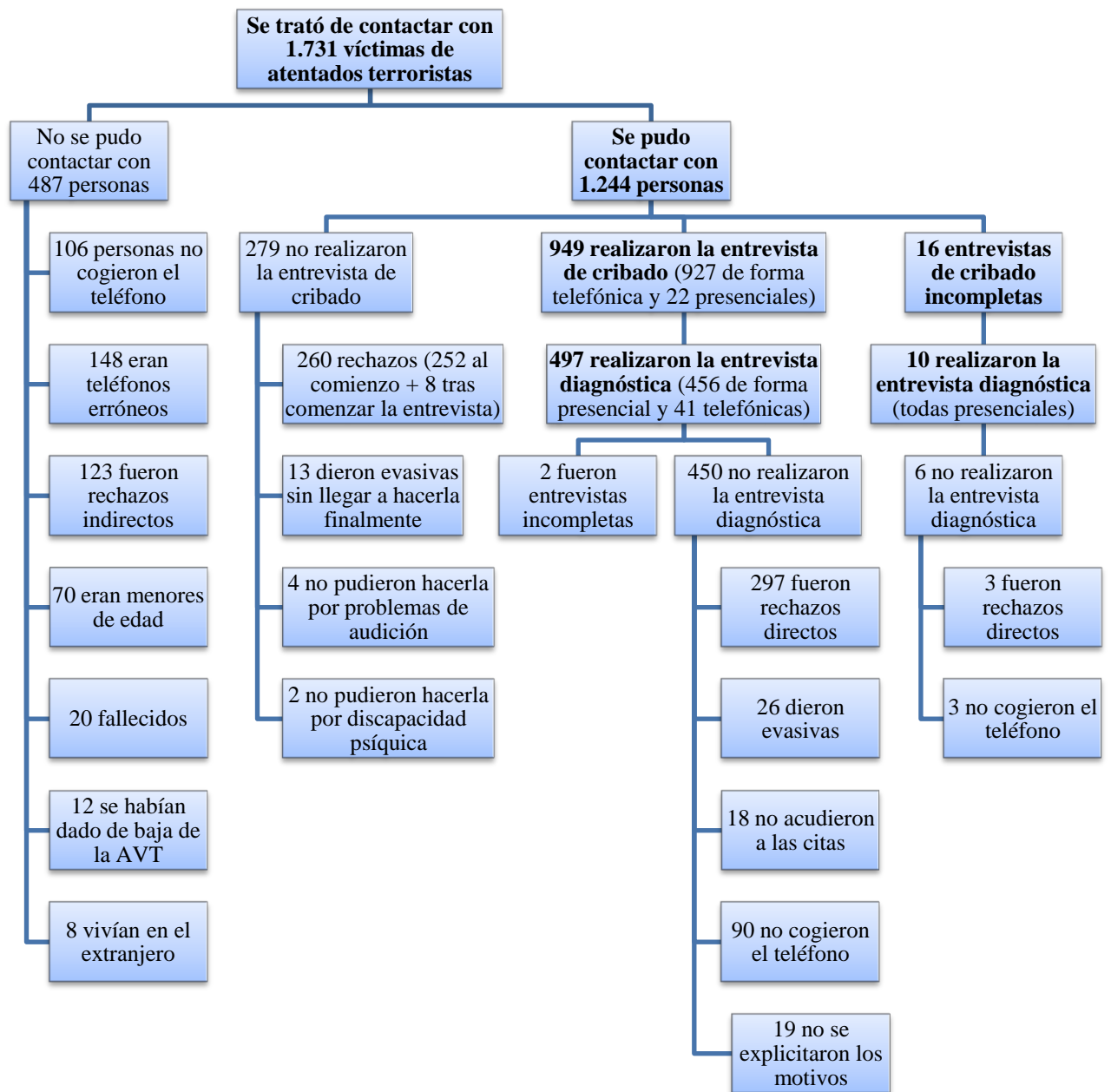
La entrevista de cribado incluía cuatro cuestionarios psicopatológicos que se describirán más adelante en el apartado de materiales (BDI-II-SF, BAI-PC, PCL-S y Escala de Inadaptación), y en los 16 casos de entrevistas incompletas lo que ocurrió es que uno o varios de esos cuestionarios quedaron sin completar. En la mayoría de los casos fueron entrevistas que la persona solicitó que se realizaran de forma presencial y durante las cuales no se administró la Escala de Inadaptación ($n = 12$), pero que completaron el resto del cribado completo. En otros dos casos se interrumpió la entrevista y no se pudo volver a contactar con la persona ($n = 2$), quedándose en un caso dos cuestionarios sin

completar (BDI-II-SF y BAI-PC) y en el otro, tres (BAI-PC, PCL-S y Escala de Inadaptación). En otro caso, la persona manifestó estar cansada y se llevó los cuestionarios para completarlos en casa, pero no se consiguió volver a contactar con esa persona ($n = 1$), faltando en ese caso sólo dos cuestionarios (PCL-S y Escala de Inadaptación). Finalmente, en el último caso de las 16 entrevistas de cribado incompletas, ésta se interrumpió porque era una persona mayor y le resultaba muy difícil contestar a las preguntas ($n = 1$), faltando por completar de nuevo dos cuestionarios (PCL-S y Escala de Inadaptación).

Se trató de contactar con todas las personas que habían realizado la entrevista de cribado, de manera completa o incompleta, para realizar posteriormente una entrevista diagnóstica psicopatológica de forma presencial. De las personas que completaron la entrevista de cribado, 497 realizaron la entrevista diagnóstica (41 de ellas de forma telefónica por petición expresa de las propias víctimas), 297 rechazaron realizarla, 18 fueron citadas varias veces sin que acudiesen a ninguna de las citas, 26 dieron evasivas en repetidas ocasiones, 90 no cogieron el teléfono para poder ser citadas y 16 no realizaron la entrevista por otros motivos no explicitados. De las 16 personas que tenían incompleta la entrevista de cribado, 10 realizaron la entrevista diagnóstica psicopatológica, tres rechazaron su realización y en el caso de las restantes tres víctimas no se consiguió que cogiesen el teléfono para poder citarlas.

En conclusión, y tal y como se resume en la figura 6.1, para el presente estudio empírico se contó con los datos de las 965 víctimas del terrorismo que realizaron la entrevista de cribado (949 de forma completa y 16 de forma incompleta) y, sobre todo, con los datos de las 507 víctimas del terrorismo que completaron la entrevista diagnóstica psicopatológica en su totalidad.

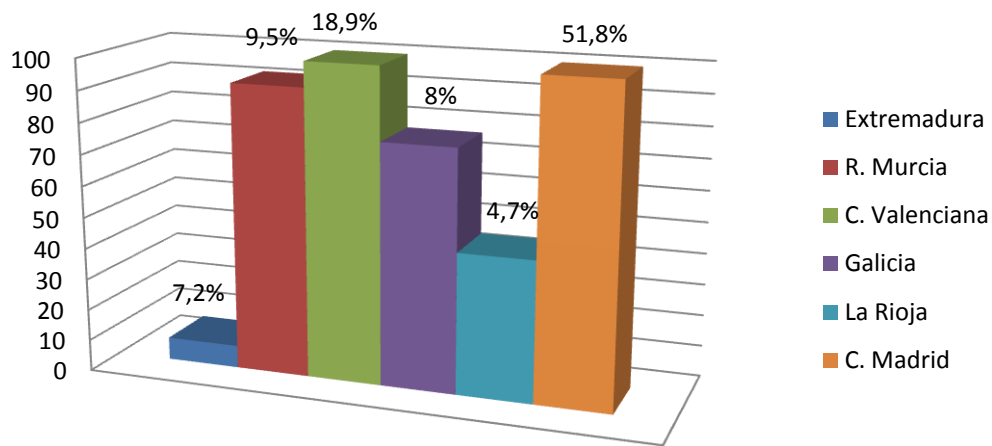
Figura 6.1. Diagrama de flujo de participantes en este estudio



a) Primera fase: entrevista de cribado (N = 965)

Las 965 víctimas que participaron en la fase de cribado de este estudio residían en distintas comunidades de España, siendo la Comunidad de Madrid la que presentaba un mayor número de participantes ($n = 500$), seguida por la Comunidad Valenciana ($n = 182$), Región de Murcia ($n = 92$), Galicia ($n = 77$), Extremadura ($n = 69$) y La Rioja ($n = 45$) (véase la figura 6.2).

Figura 6.2. Distribución por comunidades autónomas de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio



En la muestra de participantes había víctimas con muy distinto grado de afectación o exposición a los atentados terroristas, pero todas ellas eran o bien víctimas directas de un atentado terrorista, o bien familiares directos de personas fallecidas en un atentado terrorista, o bien familiares directos de personas que habían resultado heridas o ilesas tras un atentado terrorista, o bien víctimas que reunían varias de esas condiciones. Como se refleja en la tabla 6.1, la gran mayoría de las víctimas eran sólo familiares de fallecidos (35,1%), sólo familiares de heridos o ilesos (31,6%) o sólo víctimas directas (27,8%), mientras que las restantes, en un porcentaje mucho menor (5,5%), eran víctimas que reunían varias de las condiciones anteriores. Entre las víctimas que reunían varias de esas condiciones, la combinación de condiciones más frecuente fue la de víctima directa y familiar de herido o ileso, presente en el 3,2% de la muestra de participantes en la fase de cribado del estudio, mientras que las otras combinaciones no alcanzaban o apenas superaban el 1% de los participantes (véase la tabla 6.2).

Tabla 6.1. Distribución por grado de afectación o tipo de víctima de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio

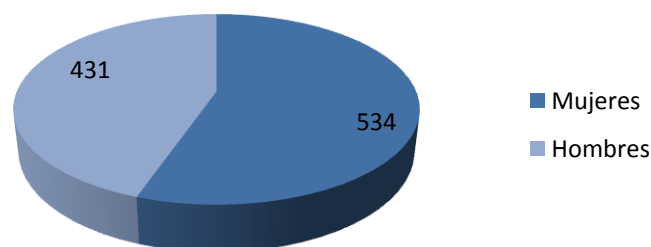
Grado de afectación o tipo de víctima	Frecuencia	Porcentaje
Víctimas directas	268	27,8
Familiares de fallecidos	339	35,1
Familiares de heridos o ilesos	305	31,6
Combinaciones de las anteriores condiciones	53	5,5

Tabla 6.2. Frecuencia de las diferentes combinaciones de condiciones de afectación o tipo de víctima entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio

Combinación de grado de afectación o tipo de víctima	Frecuencia	Porcentaje
Víctima directa y familiar de fallecido	7	0,7
Víctima directa y familiar de herido o ileso	31	3,2
Familiar de fallecido y familiar de herido o ileso	11	1,1
Víctima directa, familiar de fallecido y familiar de herido/ ileso	4	0,4

En cuanto al sexo, en la muestra de víctimas que participó en la fase de cribado había un mayor número de mujeres ($n = 534$) que de hombres ($n = 431$), siendo los porcentajes correspondientes de 55,3% y 44,7%, respectivamente (véase la figura 6.3).

Figura 6.3. Frecuencia de hombres y mujeres entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio



Las edades de las víctimas entrevistadas durante la fase de cribado oscilaban entre 18 y 89 años, con una media de 50 años ($M = 49,75$; $dt = 14,9$). Como se puede apreciar

en la tabla 6.3, la mayoría de ellas tenían una edad comprendida entre los 50 y 64 años (36%) o entre los 35 y 49 años (30,3%); a continuación de estos, los grupos de edad con mayor representación en la muestra fueron el de los mayores de 65 años (15,9%) y el de los 25-34 años (13,4%), mientras que el grupo con menor representación fue el de las víctimas más jóvenes, de 18 a 24 años (4,6%).

Tabla 6.3. Frecuencia de distintos grupos de edad entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
18-24	44	4,6
25-34	129	13,4
35-49	292	30,3
50-64	347	36,0
≥65	153	15,9

El estado civil más predominante en la muestra de víctimas que participó en la fase de cribado era casado/a, siendo este el estado del 56,7% de la muestra, seguido por el de soltero/a (19,5%), viudo/a (13,7%) y, en menor medida, conviviendo con pareja estable (4,9%), divorciado/a (3%) y separado/a (2,3%) (véase la tabla 6.4).

Tabla 6.4. Estado civil de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	188	19,5
Casado/a	547	56,7
Separado/a	22	2,3
Divorciado/a	29	3,0
Viudo/a	132	13,7
Conviviendo con pareja estable	47	4,9

En cuanto al nivel de estudios de las víctimas entrevistadas en la fase de cribado, la mayoría de las víctimas, sin tener en cuenta la existencia de 10 valores perdidos,

tenían, tal y como se recoge en la tabla 6.5, estudios primarios (27,1%), secundarios (11,8%), de bachillerato (16,2%) o de formación profesional (16,3%), lo cuales suponían, en total, el 71,4% de la muestra de víctimas, mientras que las víctimas con estudios universitarios, en todos sus niveles, representaban un 27% de la muestra y las víctimas sin ningún tipo de estudios apenas un 1,5%.

Tabla 6.5. Nivel de estudios de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio

Estudios	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	14	1,5
Primarios/EGB/primaria obligatoria (básica y bachillerato elemental, revalida de 4º)	259	27,1
Secundaria/ESO/BUP/bachillerato superior (y reválida de 6º)	113	11,8
Bachillerato actual/COU/Preuniversitario (Preu)	155	16,2
FP grado medio	63	6,6
FP grado superior	93	9,7
Diplomatura universitaria o equivalente	89	9,3
Licenciado/grado universitario o equivalente	129	13,5
Máster/posgrado universitario o equivalente	32	3,4
Doctorado	8	0,8

La situación laboral que tenían las víctimas entrevistadas durante la fase de cribado era muy variada, y cerca de la mitad de ellas trabajaba en profesiones muy diversas en el momento en que se realizó la entrevista (45,6%, sin tener en cuenta tres valores perdidos). En la tabla 6.6 se recoge la ocupación de la muestra de víctimas sin tener en cuenta 14 valores perdidos que se hallaron en la pregunta correspondiente de la entrevista de cribado. Cabe destacar, al respecto, que en la muestra había porcentajes relevantes de amas/os de casa (17,9%), jubilados debido a secuelas físicas o psicológicas relacionadas con el atentado (11,8%), trabajadores del sector servicios no relacionado con las fuerzas armadas (11,7%), parados (9,4%), jubilados debido a la edad (8,6%), personal administrativo (7%) y personal de las fuerzas armadas y cuerpos de seguridad (5,5%, incluyendo un 2,9% de guardias civiles y un 2,6% de policías).

Nótese que el porcentaje de víctimas pertenecientes a las fuerzas armadas y cuerpos de seguridad (militares, guardias civiles y policías de las distintas administraciones) sería aún mayor si a las víctimas que en el momento de realizar la entrevista estaban en activo se sumaran las que estaban en reserva activa o en segunda actividad (0,8%) y las personas que habrían formado parte en el pasado de las fuerzas armadas o de los cuerpos de seguridad, pero que en el momento de la entrevista estaban ya jubiladas debido a la edad o a las secuelas del atentado, y que en la tabla 6.6 se recogen bajo estas dos categorías. Este porcentaje significativo de miembros de las fuerzas armadas o de los cuerpos de seguridad del estado entre las víctimas sería, por otro lado, lógico, puesto que como se comentó en la parte teórica de esta tesis doctoral, esos dos colectivos han sido de los más castigados por el terrorismo en España.

Tabla 6.6. Ocupación de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de cribado del estudio

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Obrero sin cualificar	18	1,9
Obrero cualificado	16	1,7
Agricultor/ganadero	3	0,3
Sector servicios	111	11,7
Personal de servicios administrativos	67	7
Empresario (más de 10 trabajadores)	3	0,3
Empresario (menos de 10 trabajadores)	8	0,8
Empresario por cuenta propia (autónomo)	7	0,7
Directivo/gerente (más de 10 trabajadores)	7	0,7
Directivo/gerente (menos de 10 trabajadores)	3	0,3
Profesional/técnico (licenciado)	60	6,3
Profesional/técnico (diplomado)	44	4,6
Profesional/técnico (módulo grado superior)	13	1,4
Profesional/técnico (módulo grado medio)	15	1,6
Amo/a de casa	170	17,9
Estudiante	33	3,5
Jubilado debido a la edad	82	8,6
Jubilado por enfermedad/minusvalía o problemas del atentado	112	11,8
Prejubilado	17	1,8
Parado	88	9,4

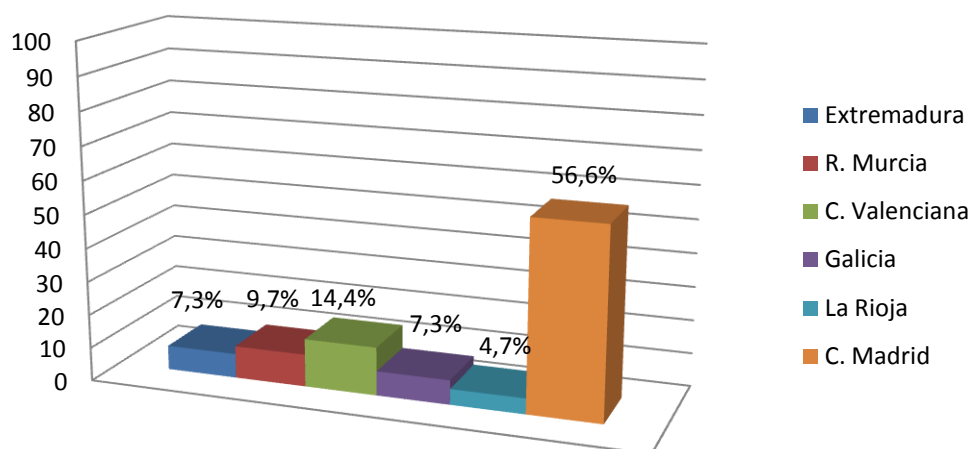
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Militar	9	0,9
Guardia Civil	28	2,9
Policía	25	2,6
Reserva activa (Guardia Civil) o 2ª actividad (Policía Nacional)	8	0,8
Varios de los anteriores	2	0,1

Cuando se realizó la entrevista de cribado, los atentados habían ocurrido, como media, 21,13 años antes ($dt = 10,17$), oscilando los años transcurridos desde el atentado hasta la entrevista entre 4 y 42 años. La edad que las personas entrevistadas tenían en el momento del atentado variaba enormemente, habiendo casos en los que los atentados habían ocurrido hasta 14 años antes de que naciese la persona y casos de personas que tenían hasta 74 años cuando ocurrió el atentado, siendo la media de 28,02 años ($dt = 15,27$).

b) Segunda fase: entrevista diagnóstica ($N = 507$)

Las 507 víctimas que participaron en la segunda fase y completaron la entrevista diagnóstica psicopatológica residían en distintas comunidades autónomas de España, siendo la Comunidad de Madrid en la que residían un mayor número de participantes ($n = 287$), seguida por la Comunidad Valenciana ($n = 73$), Región de Murcia ($n = 49$), Galicia ($n = 37$), Extremadura ($n = 37$) y La Rioja ($n = 24$) (véase la figura 6.4).

Figura 6.4. Distribución por comunidades autónomas de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio



En el caso de las víctimas que realizaron la entrevista diagnóstica, el mayor porcentaje de ellas eran víctimas directas de un atentado terrorista (34,7%), encontrándose un porcentaje similar de familiares de fallecidos en un atentado (32,5%) y un porcentaje menor de familiares de heridos o ilesos en un atentado (25,4%). El resto de víctimas eran personas que reunían distintas combinaciones de los grados de afectación o tipos de víctimas; esas personas suponían un porcentaje mucho menor de la muestra de víctimas que realizaron la entrevista diagnóstica (7,3%) (véase la tabla 6.7).

Tabla 6.7. Distribución por grado de afectación o tipo de víctima de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio

Grado de afectación o tipo de víctima	Frecuencia	Porcentaje
Víctimas directas	176	34,7
Familiares de fallecidos	165	32,5
Familiares de heridos o ilesos	129	25,4
Combinaciones de las anteriores condiciones	37	7,3

De las combinaciones de grados de afectación o tipos de víctimas la que presentaba un porcentaje algo mayor era la de víctima directa y familiar de herido o ileso, que suponía un 3,9% de las víctimas que realizaron la entrevista diagnóstica,

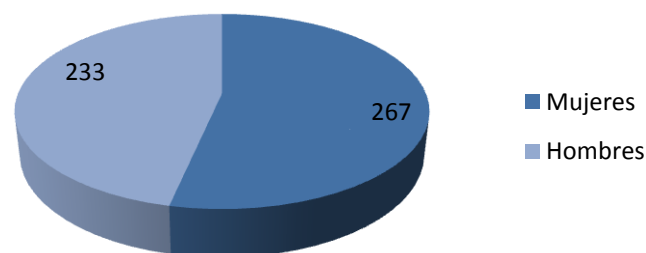
mientras que el resto de combinaciones no llegaron al 2% (véase la tabla 6.8).

Tabla 6.8. Frecuencia de las diferentes combinaciones de condiciones de afectación o tipo de víctima entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio

Combinación de grado de afectación o tipo de víctima	Frecuencia	Porcentaje
Víctima directa y familiar de fallecido	7	1,4
Víctima directa y familiar de herido o ileso	20	3,9
Familiar de fallecido y familiar de herido o ileso	6	1,2
Víctima directa, familiar de fallecido y familiar de herido/ileso	4	0,8

Como se recoge en la figura 6.5, entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio había un mayor número de mujeres ($n = 267$) que de hombres ($n = 240$), siendo los porcentajes correspondientes de 52,7% y 47,3%, respectivamente.

Figura 6.5. Frecuencia de hombres y mujeres entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio



La edad de las víctimas que realizaron la entrevista diagnóstica oscilaba entre 18 y 86 años, con una media de 50 años ($M = 50,1$; $dt = 14,08$). La mayoría de las víctimas entrevistadas tenían una edad comprendida entre los 35 y 49 años (30,4%) o entre los 50 y 64 años (38,1%), suponiendo en total ambos grupos de edad un 68,4% de la submuestra

de víctimas que realizaron la entrevista diagnóstica. Los siguientes grupos de edad con mayor representación en esta muestra fueron el de los mayores de 65 años (15,4%) y el de 25 a 34 años (13,2%), siendo por tanto el grupo con menor representación el de los más jóvenes, de 18 a 24 años (3%) (véase la tabla 6.9).

Tabla 6.9. Frecuencia de los distintos grupos de edad entre las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
18-24	15	3
25-34	67	13,2
35-49	154	30,4
50-64	193	38,1
≥65	78	15,4

En la fase de la entrevista diagnóstica se mantenía prácticamente la misma distribución de las víctimas por su estado civil encontrada en la fase anterior, de manera que el estado civil más predominante en la muestra de víctimas que participó en la fase de entrevista diagnóstica seguía siendo casado/a, con un 57,6%, seguido por soltero/a (19,3%) y viudo/a (14%), y en menor medida conviviendo con pareja estable (4,3%), divorciado/a (3%) y separado/a (1,8%) (véase la tabla 6.10).

Tabla 6.10. Estado civil de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	98	19,3
Casado/a	292	57,6
Separado/a	9	1,8
Divorciado/a	15	3,0
Viudo/a	71	14,0
Conviviendo con pareja estable	22	4,3

En cuanto al nivel de estudios de las víctimas entrevistadas con la entrevista diagnóstica, la mayoría de ellas, sin tener en cuenta la existencia de cuatro valores

perdidos, tenían, tal y como se recoge en la tabla 6.11, estudios primarios (25,2%), secundarios (12,3%), de bachillerato (17,5%) o de formación profesional (15,5%, con un 10,3% los de grado superior y un 5,2% lo de grado medio). Estos estudios suponían, en total, los del 70,5% de la muestra, mientras que las víctimas con estudios universitarios, en todos sus niveles, representaban un 27,8% de la muestra (licenciatura universitaria o equivalente, 14,3%; diplomatura universitaria o equivalente, 9,1%; máster/posgrado universitario o equivalente, 4%; doctorado, 0,4%), y las víctimas sin ningún tipo de estudios apenas un 1,6% (véase la tabla 6.11).

Tabla 6.11. Nivel de estudios de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio

Estudios	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	8	1,6
Primarios/EGB/Primaria obligatoria (básica y bachillerato elemental, revalida de 4º)	127	25,2
Secundaria/ESO/BUP/Bachillerato superior (y reválida de 6º)	62	12,3
Bachillerato actual/COU/Preuniversitario (Preu)	88	17,5
FP grado medio	26	5,2
FP grado superior	52	10,3
Diplomatura universitaria o equivalente	46	9,1
Licenciado/grado universitario o equivalente	72	14,3
Máster/posgrado universitario o equivalente	20	4,0
Doctorado	2	0,4

Tal y como muestra la 6.12, la ocupación de la muestra de víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio era muy variada y algo menos de la mitad de la misma, sin contar un valor perdido, se encontraba trabajando de forma remunerada en el momento de la evaluación (43,6%). En cuanto a las ocupaciones más comunes, y descartando siete valores perdidos, las más frecuentes eran las de ama/o de casa (16,8%), jubilado debido a enfermedad o minusvalía (13,2%), parado (10,8%) y, entre las personas que tenían un trabajo remunerado, el empleo en el sector servicios (10,2%), aunque había también porcentajes relevantes de jubilados debido a la edad (9%), personal administrativo (7,6%), guardias civiles (3,6%) y policías (2,6%). El resto de la muestra se distribuía entre obreros,

profesionales/técnicos, empresarios, directivos/gerentes, agricultores/ganaderos, prejubilados y reserva activa/segunda actividad de los cuerpos de seguridad, todos ellos con porcentajes menores al 2% (véase la tabla 6.12).

Tabla 6.12. Ocupación de las víctimas del terrorismo que participaron en la fase de entrevista diagnóstica del estudio

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Obrero sin cualificar	10	2,0
Obrero cualificado	10	2,0
Agricultor/ganadero	1	0,2
Sector servicios	51	10,2
Personal de servicios administrativos	38	7,6
Empresario (más de 10 trabajadores)	3	0,6
Empresario (menos de 10 trabajadores)	6	1,2
Empresario por cuenta propia (autónomo)	3	0,6
Directivo/gerente (más de 10 trabajadores)	3	0,6
Directivo/gerente (menos de 10 trabajadores)	0	0,0
Profesional/técnico (licenciado)	27	5,4
Profesional/técnico (diplomado)	21	4,2
Profesional/técnico (módulo grado superior)	6	1,2
Profesional/técnico (módulo grado medio)	6	1,2
Amo/a de casa	84	16,8
Estudiante	15	3,0
Jubilado debido a la edad	45	9,0
Jubilado por enfermedad/minusvalía o problemas del atentado	66	13,2
Prejubilado	9	1,8
Parado	54	10,8
Militar	4	0,8
Guardia Civil	18	3,6
Policía	13	2,6
Reserva activa (Guardia Civil) o 2ª actividad (Policía Nacional)	5	0,4
Varios de los anteriores	3	1,0

Cuando se realizó la entrevista presencial, los atentados habían ocurrido, como media, 21,5 años antes ($dt = 9,91$), oscilando los años transcurridos desde el atentado

hasta la entrevista entre 6 y 39 años. La edad que las personas entrevistadas tenían en el momento del atentado variaba enormemente, habiendo casos en los que los atentados habían ocurrido hasta 8 años antes de que naciese la persona y casos de personas que tenían hasta 66 años cuando ocurrió el atentado, siendo la media de 28,63 años ($dt = 14,27$).

6.2. Diseño

Como ya se ha mencionado, el diseño del presente estudio empírico respondía, en un principio, a un diseño epidemiológico transversal de prevalencia de doble fase, con una primera fase de evaluación de cribado en la que se aplicaron telefónicamente a todos los participantes varios instrumentos breves de cribado psicopatológico que se describirán en el siguiente epígrafe, y una segunda fase de evaluación diagnóstica, en la que se aplicó presencialmente a los participantes que habían obtenido una puntuación significativa en el cribado y, en un principio, a un grupo aleatorio de los participantes que habían obtenido una puntuación no significativa, la entrevista diagnóstica estructurada que se describirá también en el siguiente epígrafe.

La razón para elegir inicialmente un diseño de doble fase era que la muestra de participantes que había que estudiar era demasiado amplia (los 1.731 miembros de las asociaciones de víctimas que colaboraron en el estudio), por lo que había que optar por un método que permitiese realizar una estimación adecuada de la prevalencia de los trastornos psicológicos, pero que a su vez economizara los recursos humanos y económicos necesarios para llevar a cabo el estudio, de manera que este fuera viable. Este tipo de diseño ha sido utilizado por esta misma razón en muchos otros estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos y es considerado uno de los más fiables para estimar dicha prevalencia (González de Rivera y Revuelta, Rodríguez Pulido y Sierra López, 1993, Peláez Fernández, Labrador Encinas y Raich Escursell, 2005).

Siguiendo el procedimiento estándar de los diseños de doble fase, en el presente estudio se pretendía que todas las personas que obtuviesen una puntuación significativa en

la fase de cribado pasaran a la siguiente fase, la evaluación diagnóstica, y que todas las personas que obtuviesen una puntuación no significativa en la fase de cribado fueran aleatorizadas y se contactase con ellas para realizar la evaluación diagnóstica por ese orden aleatorio hasta que se obtuviese un número equivalente de participantes al de participantes con puntuaciones significativas en el cribado.

Este procedimiento resultó imposible de aplicar en la práctica, puesto que en algunas comunidades autónomas, a pesar de haber contactado con toda la lista aleatorizada de participantes cuyas puntuaciones habían sido no significativas en el cribado, no se consiguió, por las razones ya expuestas y resumidas en la figura 6.1, llegar a equiparar su número con el de los participantes que sí habían obtenido puntuaciones significativas en el cribado. Por tanto, aunque se comenzó aplicando este método en la Extremadura, la Región de Murcia y la Comunidad Valenciana, finalmente se decidió abandonarlo y tratar de llamar para la fase de evaluación diagnóstica a todas las personas que habían sido entrevistadas durante la fase de cribado, independientemente de su puntuación significativa o no en esta primera fase, ya que, en realidad, a pesar de llevar a cabo la aleatorización de los participantes cuyas puntuaciones habían sido no significativas en el cribado para solo contactar con el número justo que coincidiese con el de los participantes con puntuaciones significativas, para aplicar la entrevista diagnóstica presencial se acabó contactando con todos los participantes cuyas puntuaciones habían sido no significativas, dado que muchos de ellos rechazaban directa o indirectamente realizar dicha entrevista.

Teniendo en cuenta los objetivos y las hipótesis principales del presente estudio, las variables dependientes principales que se midieron fueron la presencia de un trastorno por estrés postraumático (TEPT), de un trastorno de ansiedad distinto del TEPT, de un trastorno del estado de ánimo y de un trastorno adaptativo, según los criterios del DSM-IV, y las covariables que se midieron para estudiar su influencia en las variables dependientes fueron el sexo, la edad, el tipo de víctima, el tipo de atentado y el tiempo transcurrido desde los atentados.

6.3. Instrumentos

En cada una de las fases del estudio (evaluación de cribado y evaluación diagnóstica), los instrumentos utilizados fueron distintos.

a) Primera fase: Evaluación de cribado

Para llevar a cabo la evaluación de cribado se realizó una entrevista telefónica a las víctimas que siguió las instrucciones, pautas y preguntas recogidas en un cuadernillo confeccionado al efecto y que se describe a continuación.

1. *Cuadernillo de evaluación telefónica.* Este cuadernillo fue elaborado *ad hoc* por el equipo de investigación y se recoge en el anexo 1. El cuadernillo contiene instrucciones, pautas y preguntas para poder realizar una entrevista telefónica con una víctima de un atentado terrorista y poder recoger información sobre sus datos sociodemográficos, su historia académica y su historia ocupacional, información sobre el atentado terrorista sufrido y sus consecuencias, e información sobre los tratamientos psicológicos y psiquiátricos recibidos, sobre el consumo de alcohol y otras sustancias y sobre la sintomatología psicopatológica presente en la actualidad. La información sobre la sintomatología psicopatológica se obtiene a través de los siguientes cuestionarios incluidos en el cuadernillo:

- a. *Inventario de Depresión de Beck-II, versión breve (Beck Depression Inventory-II, short form; BDI-II-SF o BDI-II-Breve).* El BDI-II-SF es una versión abreviada elaborada por Sanz, García-Vera, Fortún y Espinosa (2005) de la adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-Segunda Edición (*Beck Depression Inventory-Second Edition* o BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996; adaptación española de J. Sanz y C. Vázquez publicada en Beck, Steer y Brown, 2011). El BDI-II-SF está formado por los 11 ítems del BDI-II que poseían las mejores propiedades psicométricas en el estudio sobre su adaptación en pacientes psicopatológicos españoles realizado por Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún y Vázquez (2005), y que,

además, cubrían todos los criterios sintomáticos de los trastornos depresivos según el DSM-IV (Sanz, García-Vera, Fortún et al., 2005). Como el BDI-II, todos los ítems de la versión breve presentan conjuntos de 4 o 7 afirmaciones alternativas que reflejan la menor a mayor gravedad de un síntoma y entre las cuales la persona evaluada debe escoger una. Cada ítem es puntuado de 0 a 3 y, tras sumarlos, se puede obtener una puntuación total que evalúa la presencia y gravedad de los síntomas depresivos durante las dos últimas semanas. En los estudios psicométricos del BDI-II-SF, este ha presentado índices de fiabilidad de consistencia interna adecuados tanto para población psicopatológica (alfa de Cronbach = 0,83) como para población general (alfa de Cronbach = 0,78) y, asimismo, ha presentado una alta validez convergente con el BDI-II tanto en población psicopatológica (0,96) como en población general (0,95) (Sanz, García-Vera, Fortún, et al., 2005). Este cuestionario sirvió como método de cribado para la detección de personas con trastornos depresivos utilizando como punto de corte una puntuación ≥ 7 , que es la que en el estudio de Sanz, García-Vera, Fortún et al. (2005) presentaba a la vez una sensibilidad más alta (0,86) y un equilibrio mejor entre sensibilidad y especificidad para identificar personas con un episodio depresivo mayor en una muestra no clínica de adultos españoles (estudiantes universitarios).

- b. *Inventario de Ansiedad de Beck-Atención Primaria* (BAI-PC). El BAI-PC es una versión abreviada del Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory* o BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) desarrollada por Beck, Steer, Ball, Ciervo y Kabat (1997) y adaptada al español por Sanz y García-Vera (2012) a partir de la propia adaptación española del BAI (Beck y Steer, 2011). El BAI-PC es un autoinforme breve diseñado para evaluar la presencia y gravedad de síntomas de ansiedad y detectar posibles casos de trastornos de ansiedad en adolescentes y adultos. Consta de siete ítems extraídos de los 21 ítems del BAI y, al igual que éste, en el BAI-PC la persona evaluada valora los ítems del instrumento con escalas de tipo Likert de 4 puntos (puntuadas de 0 a 3) respecto al grado en que se ha visto afectada en la última semana por el síntoma de ansiedad que refleja cada ítem. En relación con sus criterios de calidad psicométrica, el BAI-PC

presenta buenos índices de fiabilidad y validez, obteniendo, por ejemplo, un coeficiente alfa de consistencia de 0,82 para población general española (Sanz y García-Vera, 2012). Este cuestionario sirvió como método de cribado para la detección de personas con trastornos de ansiedad utilizando como punto de corte una puntuación ≥ 5 , que es la que en el estudio de Sanz y García-Vera (2012) indicaba la presencia de una sintomatología ansiosa al menos leve y también la que utilizó Beck et al. (1997) para identificar personas con pánico o ansiedad generalizada en una muestra de pacientes médicos.

- c. *Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica* (PCL-S; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993). En concreto, la entrevista de cribado incluye la adaptación española de la PCL-S diseñada para víctimas de atentados terroristas de Vázquez, Pérez-Sales y Matt (2006). La PCL-S es un autoinforme que proporciona información sobre la presencia y gravedad de sintomatología postraumática durante el último mes. La PCL-S está compuesta por 17 ítems cada uno de los cuales recoge un síntoma de los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TEPT y, por tanto, su contenido abarca síntomas de reexperimentación, evitación-embotamiento y activación. Para cada uno de los síntomas que describen los ítems, la persona evaluada debe valorar en qué grado le ha afectado durante el último mes utilizando una escala de tipo Likert de 1 (“Nada en absoluto”) a 5 (“Extremadamente”). Tras sumar la puntuación de cada ítem se puede obtener una puntuación total con un rango de 17 a 85 puntos que permite cuantificar la gravedad de la sintomatología de estrés postraumático, así como la presencia probable de TEPT. La adaptación española de la PCL-S muestra índices adecuados de fiabilidad y validez en víctimas de atentados (Reguera et al., 2014; Vázquez et al., 2006). Por ejemplo, Vázquez et al. (2006) obtuvieron una fiabilidad de consistencia interna de 0,89 en una muestra de la población de Madrid en relación con los atentados del 11-M. Este cuestionario sirvió como método de cribado para la detección de personas con TEPT utilizando como punto de corte una puntuación ≥ 44 , que es la habitualmente utilizada para población civil en la literatura científica sobre la PCL ya que Blanchard et al. (1996) obtuvieron con ella

una buena sensibilidad (0,94) y especificidad (0,86) para detectar personas con TEPT en una muestra de víctimas de accidentes de tráfico o de agresiones sexuales.

- d. *Escala de Inadaptación* (EI; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Esta escala proporciona información sobre el nivel de interferencia de los problemas actuales de una persona en distintas áreas de su vida cotidiana: trabajo/estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar. La EI está compuesta por 6 ítems en cada uno de los cuales la persona evaluada debe valorar el grado en que sus problemas actuales le han afectado en un área concreta de su vida o en general, utilizando para ello escalas de tipo Likert de “0” (“nada”) a “5” (“muchísimo”). Los primeros cinco ítems evalúan la inadaptación en cada una de las áreas anteriormente mencionadas y el sexto evalúa el grado de interferencia general en la vida normal de la persona. La EI permite obtener una puntuación para cada uno de esos ítems o escalas, así como una puntuación global de inadaptación resultante de la suma de los seis ítems. Esta última puntuación, por tanto, puede oscilar entre 0 y 30 puntos. En relación con sus índices de calidad psicométrica, la puntuación total de la EI presenta índices aceptables de fiabilidad de consistencia interna y de validez discriminante y convergente en una muestra española de pacientes con diversos trastornos mentales y que incluía víctimas de sucesos traumáticos con trastorno por estrés postraumático (Echeburúa et al., 2000). Este cuestionario sirvió también como método de cribado para la detección de personas con problemas psicológicos en general utilizando como punto de corte una puntuación total en la escala ≥ 12 , la cual, en el estudio de Echeburúa et al. (2000), permitió discriminar con una sensibilidad de 0,86 y una especificidad de 1 a pacientes con trastornos psicológicos y a personas de la población general.

b) Segunda fase: Evaluación diagnóstica

Para llevar a cabo la evaluación diagnóstica se aplicaron a las víctimas, de forma presencial e individual, los siguientes instrumentos:

- *Entrevista clínica semiestructurada: visión general – atentado.* Esta entrevista, que se recoge en el anexo 3, fue elaborada *ad hoc* para este estudio por J. Sanz y M. P. García-Vera a partir del módulo de visión general de la versión española de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, versión clínica (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, clinic version*; SCID-I VC; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997, 1999) y de la Entrevista sobre el Trauma de Foa, Hembree y Rothbaum (2007). Esta entrevista permite obtener datos sociodemográficos de la víctima de un atentado terrorista además de una visión general del atentado terrorista sufrido, de su historia de problemas médicos, psicológicos y sociales, de su historia de tratamientos, y de sus problemas médicos, psicológicos y sociales actuales y su posible relación con el atentado terrorista.
- *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica* (SCID-I-VC; First et al., 1997; versión española publicada en First et al., 1999). La SCID-I-VC es una entrevista clínica semiestructurada para la evaluación y el diagnóstico de los principales trastornos del Eje I del DSM-IV y diseñada para ser aplicada por un clínico con experiencia. La SCID-I-VC incluye nueve módulos de preguntas, pero en el presente estudio tan sólo se aplicó el módulo para la evaluación y diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo (módulo A: episodios afectivos) y las preguntas relevantes para el diagnóstico del TEPT y de otros trastornos de ansiedad del módulo F (trastornos de ansiedad y otros trastornos). La SCID-I presenta buenos índices de validez y fiabilidad (Sanz, 2013). Por ejemplo, respecto al diagnóstico del TEPT se han encontrado coeficientes de fiabilidad interjueces (kappa) de 0,77 (Lobbestael et al., 2010) y 0,88 (Zanarini et al., 2000) y un coeficiente de fiabilidad (correlación) test-retest con un intervalo de 7-10 días de 0,78 (Zanarini et al., 2000), mientras que en relación con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se han hallado coeficientes kappa de 0,66 (Lobbestael et

al., 2010) y 0,80 (Zanarini et al., 2000) y un coeficiente de fiabilidad test-retest con un intervalo de 7-10 días de 0,61 (Zanarini et al., 2000).

6.4. Medidas

A partir de los instrumentos descritos en el epígrafe anterior, en el presente estudio se tomaron las medidas que se detallan a continuación (junto a los instrumentos utilizados para su obtención):

- Presencia o ausencia del trastorno por estrés postraumático: SCID-I-VC.
- Presencia o ausencia de otros trastornos de ansiedad: SCID-I-VC.
 - Presencia o ausencia del trastorno de angustia con agorafobia
 - Presencia o ausencia del trastorno de angustia sin agorafobia
 - Presencia o ausencia del trastorno obsesivo-compulsivo
 - Presencia o ausencia de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia
 - Presencia o ausencia de la fobia social
 - Presencia o ausencia de la fobia específica
 - Presencia o ausencia del trastorno de ansiedad generalizada
 - Presencia o ausencia del trastorno de ansiedad no especificado
 - Presencia o ausencia del trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
 - Presencia o ausencia del trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Presencia o ausencia de trastornos del estado de ánimo: SCID-I-VC.
 - Presencia o ausencia del trastorno depresivo mayor
 - Presencia o ausencia del trastorno distímico
 - Presencia o ausencia del trastorno depresivo no especificado
 - Presencia o ausencia del trastorno bipolar I

- Presencia o ausencia del trastorno bipolar II
 - Presencia o ausencia del trastorno ciclotímico
 - Presencia o ausencia del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
 - Presencia o ausencia del trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
-
- Presencia o ausencia de un trastorno adaptativo: SCID-I-VC.
 - Sexo: Entrevista clínica semiestructurada: visión general – atentado.
 - Edad: Entrevista clínica semiestructurada: visión general – atentado.
 - Tipo de víctima (víctima directa, familiar de fallecido o familiar de herido o ileso): Entrevista clínica semiestructurada: visión general – atentado.
 - Tipo de atentado terrorista (masivo o no masivo): Entrevista clínica semiestructurada: visión general – atentado. Tras identificar con este instrumento los atentados terroristas que habían sufrido las personas entrevistadas, se categorizaron como masivos o no masivos. No existe ninguna definición consensuada de “atentado terrorista masivo”, pero los informes del *National Counterterrorism Center* (NCTC, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012a, 2012b) y del *National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* de los EE. UU. (START, 2013, 2014) incluyen estadísticas separadas para los atentados terroristas que producen 10 víctimas mortales o más, por lo que en el presente estudio se adoptó este criterio para definir un atentado terrorista como masivo.
 - Años transcurridos desde el atentado terrorista: Entrevista clínica semiestructurada: visión general – atentado.

6.5. Procedimiento

El procedimiento seguido para realizar cada una de las fases del estudio fue el siguiente:

✓ Primera fase: Evaluación de cribado

Antes de ser contactados por teléfono y realizar, en su caso, la entrevista telefónica de cribado, todos los asociados de las asociaciones de víctimas que colaboraron con este estudio habían recibido una carta informativa en la que se les informaba de la investigación más amplia de la que formaba parte este estudio así como de que serían llamados por teléfono en los próximos meses para realizar, siempre que quisiesen, una entrevista telefónica. Esta entrevista fue realizada en todos los casos por psicólogos del equipo de investigación de la UCM “Tratamiento psicológico de trastornos asociados al estrés: hipertensión esencial y estrés postraumático” y de la AVT, todos ellos previamente formados en su aplicación con víctimas de atentados terroristas. A todas las víctimas contactadas telefónicamente se les explicó que el objetivo del estudio era realizar un seguimiento sobre las consecuencias psicológicas a largo plazo del terrorismo así como la voluntariedad de su participación, y todas las que aceptaron participar en el proyecto realizaron la entrevista telefónica de cribado siguiendo el cuadernillo de evaluación telefónica descrito en el epígrafe dedicado a los instrumentos y que incluía los cuestionarios de cribado psicopatológico BDI-II-SF, BAI, PCL-S y EI. Como media, la realización de la entrevista telefónica de cribado llevó, aproximadamente, 41 minutos.

✓ Segunda fase: Evaluación diagnóstica

Como se ha comentado en el apartado de diseño, el procedimiento inicial de realización de la evaluación diagnóstica en la Región de Murcia y en la Comunidad Valenciana consistió en que las víctimas evaluadas en la primera fase de cribado que había obtenido una puntuación clínicamente significativa (por encima del punto de corte correspondiente) en alguno o varios de los cuestionarios de cribado psicopatológico (BDI-II-SF, BAI-PC, PCL-S o EI), pasaron directamente a esa segunda fase de

evaluación diagnóstica y, por tanto, se contactó telefónicamente con ellas para invitarlas a realizar una entrevista diagnóstica presencial. Por su parte, las víctimas que en la primera fase de cribado no habían obtenido ninguna puntuación clínicamente significativa en los cuestionarios de cribado (es decir, todas sus puntuaciones en el BDI-II-SF, el BAI-PC, la PCL-S y la EI estaban por debajo de los puntos de corte correspondientes) fueron aleatorizadas y se fue contactando con ellas para invitarles a realizar la entrevista diagnóstica de la segunda fase del estudio según el orden establecido por la aleatorización, hasta llegar a un número de víctimas equivalente al número de víctimas que habían obtenido puntuaciones clínicamente significativas en el cribado y habían realizado la entrevista diagnóstica. Al no alcanzar esa equivalencia en dichas comunidades autónomas, debido, fundamentalmente, al elevado número de víctimas entre las que no habían obtenido puntuaciones clínicamente significativas que rechazaron hacer la entrevista diagnóstica, se decidió abandonar el procedimiento de doble fase y, por tanto, en el resto de las comunidades se contactó telefónicamente y se invitó a participar en una entrevista diagnóstica presencial a todas las víctimas que habían realizado la entrevista de cribado, sin importar si habían obtenido puntuaciones clínicamente significativas o no en los instrumentos de cribado psicopatológico.

En un principio, se trató de que el tiempo transcurrido entre ambas entrevistas, la de cribado y la de diagnóstica, fuese de dos semanas aproximadamente, pero, por razones logísticas, en algunas víctimas fue imposible cumplir con ese periodo y fue sobrepasado. Sin embargo, dado que finalmente se abandonó el diseño de doble fase del estudio por las dificultades prácticas encontradas, esas variaciones en el tiempo transcurrido entre las dos entrevistas no fueron relevantes para los resultados del presente estudio, ya que para estimar la prevalencia de los distintos trastornos psicológicos solo se tuvieron en cuenta los datos de la entrevista diagnóstica presencial.

Como en el caso de las entrevistas telefónicas de cribado, todas las entrevistas diagnósticas presenciales fueron realizadas por psicólogos del equipo de investigación de la UCM y de la AVT previamente formados en su aplicación con víctimas de atentados terroristas. Estas entrevistas diagnósticas presenciales se llevaron a cabo, en el caso de la Comunidad de Madrid, en la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y en la sede central de la AVT en Madrid. En el resto de

comunidades autónomas las entrevistas se realizaron en las delegaciones correspondientes de la AVT, en las sedes de las otras asociaciones de víctimas que colaboraron con la investigación o en instalaciones prestadas al efecto por las asociaciones en las ciudades donde se encontraban dichas delegaciones o sedes, para lo cual los psicólogos que llevaron a cabo las entrevistas se desplazaron desde Madrid a las citadas ciudades.

Todas las entrevistas diagnósticas presenciales estuvieron precedidas por la explicación por parte del psicólogo de las condiciones de participación en la segunda fase de la investigación más amplia de la que formaba parte el presente estudio (p. ej., derechos y deberes de los participantes, tareas a realizar a lo largo de la evaluación), y por la firma del consentimiento informado a colaborar en dicha investigación (véase la hoja de consentimiento informado en el anexo 2). Posteriormente, los psicólogos aplicaron, por este orden, la Entrevista clínica semiestructurada: visión general – atentado y la SCID-I-VC, además de otros instrumentos que servían para otros propósitos de la investigación más amplia de la que formaba parte este estudio: las versiones completas del BDI-II y del BAI, la PCL-S, el Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pensilvania (*Penn State Worry Questionnaire* o PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990; adaptación española de Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002), la Escala de Actitudes Disfuncionales, forma A (*Dysfunctional Attitude Scale, form A*, o DAS-A; Weissman y Beck, 1978; adaptación española de Sanz y Vázquez, 1993), la EI y, en el caso de los familiares de personas fallecidas en un atentado, el Inventario de Duelo Complicado (*Inventory of Complicated Grief*) o IDC (ICG; Prigerson et al., 1995; adaptación española de Limonero, Lacasta, García, Maté y Prigerson, 2009).

Tras completar la víctima la evaluación presencial, el psicólogo que la había aplicado, realizó, en función de la información proporcionada por la SCID-I-VC y según los criterios del DSM-IV, un diagnóstico sobre la posible presencia del TEPT, de otros trastornos de ansiedad, de los trastornos del estado de ánimo y del trastorno adaptativo.

6.6. Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS para Windows, versión 15.0, y en todos los análisis inferenciales, para considerar un resultado como estadísticamente significativo, se adoptó una probabilidad de cometer un error de tipo I de $p < 0,05$.

Para evaluar si había diferencias entre las víctimas que realizaron la entrevista de cribado y las víctimas que no la realizaron por diversos motivos y, por tanto, para valorar la representatividad de la muestra de víctimas efectivamente evaluadas, en el caso de las variables cualitativas y categorizadas (sexo, grupo de edad, tipo de víctima y grupo de años transcurridos tras los atentados) se analizaron, mediante pruebas de chi-cuadrado de Pearson, las tablas de contingencia creadas con cada una de esas variables y la variable de realizar o no la entrevista de cribado. Si dichas pruebas indicaban la presencia de una diferencia estadísticamente significativa entre las víctimas que realizaron y no realizaron la entrevista de cribado ($p < 0,05$), para valorar en qué categorías en concreto se producía esa diferencia se calcularon los residuos tipificados para las casillas de las tablas de contingencia. Residuos tipificados mayores de 1,96 (utilizando un nivel de confianza del 95%) o menores de -1,96 indicarían que hay, respectivamente, más casos o menos casos en la casilla de los que debería haber si ambas variables fuesen independientes, y, por lo tanto, indicarían la presencia de diferencias estadísticamente significativas en la categoría que incluye a dicha casilla. En el caso de las variables continuas (edad actual, edad de la persona cuando ocurrió el atentado y años transcurridos desde el atentado), las diferencias entre las víctimas que realizaron y no realizaron la entrevista de cribado fueron analizadas mediante pruebas t de Student para muestras independientes (realizar o no la entrevista).

Los mismos análisis se llevaron a cabo para analizar las diferencias entre las víctimas que realizaron la entrevista diagnóstica y las víctimas que no la realizaron por diversos motivos. En este caso, se calcularon tablas de contingencia y pruebas de chi-cuadrado para las variables cualitativas y categorizadas de sexo, grupo de edad, tipo de víctima, tipo de atentado, grupo de años transcurridos tras los atentados y cribado psicopatológico significativo, y pruebas t de diferencias de medias para las variables continuas de edad actual, años transcurridos desde el atentado, edad cuando ocurrió el

atentado, sintomatología depresiva (medida por el BDI-II-SF), sintomatología ansiosa (medida por el BAI-PC), sintomatología de estrés postraumático (medida por la PCL-S) y grado de inadaptación (medida por la EI).

Posteriormente se llevó a cabo el cálculo de la prevalencia puntual y de la prevalencia vital en la muestra de víctimas que realizaron la entrevista diagnóstica de cada uno de los trastornos psicológicos evaluados mediante la SCID-I-VC.

Para examinar la influencia en esas prevalencias del sexo, la edad, el tipo de víctima, el tipo de atentado y el tiempo transcurrido desde los atentados se llevaron a cabo análisis de regresión logística binaria múltiple sobre la variable dicotómica presencia o ausencia de cada uno de los trastornos psicológicos. Los modelos de regresión que se pusieron a prueba tenían, por tanto, seis covariables o variables predictoras. Dos de ellas eran variables cualitativas dicotómicas –sexo (mujer o varón) y tipo de atentado (masivo o no masivo)–, dos eran variables continuas –edad y tiempo transcurrido en años desde el atentado–, y una era una variable cualitativa con tres categorías –tipo de víctima (heridos, familiares de fallecidos y familiares de heridos)–, para la cual se crearon dos covariables *dummy* (o covariables de diseño) dicotómicas: ser víctima herida (frente a ser familiar de fallecido o familiar de herido) y ser familiar de fallecido (frente a ser herido o familiar de herido).

El tamaño de la muestra influye de manera importante en los resultados de los análisis de regresión logística múltiple y, en especial, el número de eventos o sucesos de interés por cada variable predictora o covariable (Ortega Calvo y Cayuela Domínguez, 2002; Vittinghoff y McCulloch, 2006). Efectivamente, los estudios de simulación revisados por Ortega Calvo y Cayuela Domínguez (2002) indican que, en los análisis de regresión logística en los que los sucesos de interés por covariable son menores de 10, los coeficientes de regresión obtenidos aparecen claramente sesgados tanto en sentido positivo (errores de tipo I) como negativo (errores de tipo II) y hay un aumento de las relaciones paradójicas con significación en la dirección errónea (errores de tipo III). Sin embargo, un estudio de simulación más reciente de Vittinghoff y McCulloch (2006), encontró que los sesgos y los errores de tipo I eran especialmente frecuentes en los estudios con 2-4 sucesos de interés por variable predictora, pero que en los estudios con 4-9 sucesos de interés por variable eran comparables a los encontrados en los estudios

con 10-16 sucesos de interés por variable. De hecho, concluían su estudio abogando por una relajación de la regla de los 10 sucesos de interés por variable en los análisis de regresión logística: “el descartar sistemáticamente los resultados, en particular las asociaciones estadísticamente significativas, de cualquier modelo con 5-9 EPV [eventos por variable] no parece que esté justificado” (Vittinghoff y McCulloch, 2006, p. 717). En el presente estudio, el número de eventos de interés por covariable o variable predictora se traducían en el número de víctimas que presentaban un trastorno psicológico por cada covariable. Por tanto, en este estudio se decidió realizar los análisis de regresión logística múltiple únicamente sobre los trastornos psicológicos que mostraban frecuencias mayores de 5 víctimas por cada covariable, es decir, únicamente sobre los trastornos psicológicos con frecuencias mayores de 30, de manera que así se disminuyera el riesgo de encontrar resultados sesgados o incongruentes.

Por último, se calculó la prevalencia puntual y vital de los distintos trastornos psicológicos en la muestra de víctimas en función del sexo, la edad, el tipo de víctima, el tipo de atentado y los años transcurridos desde el atentado, y sus resultados se interpretaron sobre la base de los resultados de los análisis de regresión logística que habían evaluado el impacto de cada uno de estos factores en la prevalencia de cada trastorno psicológico en particular.

Capítulo 7

Resultados

7. 1. Análisis comparativos entre las víctimas de atentados terroristas que realizaron las entrevistas de cribado o diagnóstica y las que no las realizaron

Puesto que de las 1.661 víctimas adultas susceptibles de realizar la entrevista de cribado (sin contar, lógicamente, a los 70 menores de edad), 965 la realizaron (16 sin completar toda la información) y 696 no la realizaron por diversos motivos, lo que suponía que un 41,9% de las víctimas adultas con las que se pretendió contactar no realizaron finalmente la entrevista de cribado. Se decidió analizar si había diferencias entre este grupo de víctimas y las que sí realizaron la entrevista de cribado, al menos en las variables de las que se disponía de información por los registros de las asociaciones de víctimas: sexo, edad, tipo de víctima, edad de la persona cuando ocurrió el atentado y años transcurridos desde el atentado. Sin embargo, puesto que estos registros eran incompletos, de algunas víctimas que no realizaron la entrevista no se disponía de todos esos datos. En las tablas que se presentaran a continuación con los resultados de los análisis comparativos se especificará el tamaño concreto de la muestra total con que se hizo cada análisis, de la cual siempre 965 participantes correspondieron a las víctimas que realizaron la entrevista de cribado y las restantes a las que no la realizaron.

En la tabla 7.1 se presentan los resultados de las tablas de contingencia y las correspondientes pruebas de chi-cuadrado que comparaban ambos grupos de víctimas (las que realizaron y no realizaron la entrevista de cribado) en el caso de las siguientes variables cualitativas y categorizadas: sexo, grupo de edad, tipo de víctimas y grupo de años transcurridos tras los atentados. De forma relacionada, en la tabla 7.2 se presentan las medias (y desviaciones típicas) de ambos grupos para las variables continuas de edad, años transcurridos desde el atentado y edad de la persona cuando ocurrió el atentado, así como los resultados de las pruebas *t* realizadas para comparar dichas medias.

Como se puede apreciar en las tablas 7.1 y 7.2, no se encontraron diferencias significativas con $p < 0,05$ entre las víctimas que realizaron la entrevista de cribado y las que no la realizaron en cuanto al sexo, el tiempo transcurrido desde el atentado (tanto analizado como variable continua como analizado como variable categorizada) o la edad de la persona cuando sufrió el atentado.

Tabla 7.1. Resultados de las tablas de contingencia y las pruebas de chi-cuadrado realizadas para comparar en variables demográficas y relacionadas con el atentado terrorista a las víctimas que realizaron y no realizaron la entrevista de cribado

Variable	Categoría	No realizaron la entrevista de cribado (n = 696)		Realizaron la entrevista de cribado (n = 965)		Chi-cuadrado de Pearson	
		Recuento	Residuos tipificados corregidos	Recuento	Residuos tipificados corregidos	Valor	p
Sexo (N = 1661)	Varón	326	0,9	431	-0,9	0,77	0,380
	Mujer	370	-0,9	534	0,9		
Grupo de edad (N = 1450)	18-24 años	21	-0,2	44	-0,2	32,65	0,001
	25-34 años	62	-0,3	129	0,3		
	35-49 años	158	0,9	292	-0,9		
	50-64 años	117	-4,6	347	4,6		
	≥ 65 años	127	4,7	153	-4,7		
Tipo de víctima (N = 1661)	Víctima herida	142	-3,4	268	3,4	22,11	0,001
	Familiar de fallecido	264	1,2	339	-1,2		
	Familiar de herido	270	3,0	305	-3,0		
	Combinaciones de las anteriores	20	-2,6	53	2,6		
Tiempo transcurrido desde el atentado (N = 1338)	0-10 años	131	1,3	274	-1,3	1,92	0,588
	11-20 años	58	-0,5	147	0,5		
	21-30 años	126	-0,1	298	0,1		
	31-40 años	91	-0,8	233	0,8		

Nota. Los residuos tipificados corregidos que se presentan en negrita indican diferencias estadísticamente significativas entre las víctimas que realizaron o no realizaron la entrevista de cribado en la categoría concreta de la variable en cuestión.

Sin embargo, al analizar la edad tanto como variable continua como categorizada en grupos, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de víctimas que realizaron y no realizaron la entrevista de cribado, de manera que entre las víctimas que no la realizaron había un porcentaje menor de víctimas con edades comprendidas entre 50 y 64 años (24,1%) y un porcentaje mayor de víctimas mayores de 65 años (26,2%) que entre las víctimas que sí la realizaron (36% y 15,9%, respectivamente), lo que resultaba en una media de edad más baja en estas últimas que en

las primeras (véanse las tablas 6.13 y 6.14). Además, entre las víctimas que no realizaron la entrevista de cribado había un porcentaje menor de víctimas directas (20,4%) y de personas que cumplían varias condiciones de víctima (2,9%) que entre las víctimas que sí realizaron la entrevista de cribado (27,8% y 5,5%, respectivamente), mientras que entre esta últimas había un porcentaje menor de familiares de heridos que entre las primeras (31,6% frente a 38,8%).

Tabla 7.2. Medias en variables demográficas y relacionadas con el atentado terrorista de las víctimas que realizaron y no realizaron la entrevista de cribado y comparación de las mismas mediante la prueba *t* de Student

Variable	No realizaron la entrevista de cribado (<i>n</i> = 696)	Realizaron la entrevista de cribado (<i>n</i> = 965)	<i>t</i>	<i>p</i>
Edad actual de la víctima (<i>N</i> = 1450)	52,50 (18,11)	49,70 (14,88)	-2,95	0,003
Años transcurridos desde el atentado (<i>N</i> = 1338)	21,42 (10,61)	21,27 (10,15)	0,25	0,804
Edad de la víctima cuando ocurrió el atentado (<i>N</i> = 1523)	29,73 (19,33)	28,03 (15,34)	1,79	0,072

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis) salvo que se indique otra cosa.

Como ya se ha comentado en epígrafes anteriores, se trató de contactar con todas las 965 víctimas que realizaron la entrevista de cribado para invitarlas a realizar la entrevista diagnóstica y, finalmente, llegaron a realizar esta última 507 víctimas, es decir, un 47,5% de las víctimas con las que se trató de contactar no realizaron dicha entrevista diagnóstica. Por tanto, puesto que el porcentaje de entrevistas diagnósticas no realizadas también superó el 40% de las que se pretendían realizar, se decidió también en este caso analizar si el grupo de víctimas que no realizó la entrevista diagnóstica difería del grupo de víctimas que sí la realizó en las variables demográficas, psicopatológicas y relacionadas con el atentado más básicas. En la tabla 7.3 se presentan los resultados de las tablas de contingencia y las pruebas de chi-cuadrado realizadas sobre las variables cualitativas y categorizadas de sexo, grupo de edad, tipo de víctimas, tipo de atentado y cribado significativo (haber obtenido una puntuación significativa o no significativa en la entrevista de cribado psicopatológico), mientras que en la tabla 7.4 se muestran las medias

(y desviaciones típicas) de los dos grupos de víctimas para las variables continuas de edad, años transcurridos desde el atentado, edad de la víctima cuando ocurrió el atentado, nivel de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés postraumático, y grado de inadaptación, así como los resultados de las pruebas *t* de Student realizadas para comparar las medias de los dos grupos.

Tabla 7.3. Resultados de las tablas de contingencia y las pruebas de chi-cuadrado realizadas para comparar en variables demográficas, psicopatológicas y relacionadas con el atentado terrorista a las víctimas que realizaron y no realizaron la entrevista diagnóstica

Variable	Categoría	No realizaron la entrevista diagnóstica (<i>n</i> = 458)		Realizaron la entrevista diagnóstica (<i>n</i> = 507)		Chi-cuadrado de Pearson	
		Residuos		Residuos		Valor	<i>p</i>
		Recuento	tipificados corregidos	Recuento	tipificados corregidos		
Cribado psicopatológico significativo (N=956)	Sí	161	-5,3	264	5,3	28,32	0,001
	No	293	5,3	238	-5,3		
Sexo (N=965)	Varón	191	-1,8	240	1,8	3,09	0,079
	Mujer	267	1,8	267	-1,8		
Grupo de edad (N=965)	18-24 años	29	2,5	15	-2,5	7,49	0,112
	25-34 años	62	0,1	67	-0,1		
	35-49 años	138	-0,1	154	0,1		
	50-64 años	154	-1,4	193	1,4		
	≥ 65 años	75	0,4	78	-0,4		
Tipo de víctima (N=965)	Víctima herida	92	-5,1	176	5,1	39,74	0,001
	Familiar de fallecido	174	1,8	165	-1,8		
	Familiar de herido	176	4,3	129	-4,3		
	Combinaciones de las anteriores	16	-2,6	37	2,6		

Variable	Categoría	No realizaron la entrevista diagnóstica (n = 458)		Realizaron la entrevista diagnóstica (n = 507)		Chi-cuadrado de Pearson	
		Residuos		Residuos		Valor	p
		Recuento	tipificados corregidos	Recuento	tipificados corregidos		
Tiempo transcurrido desde el atentado (N=858)	0-10 años	112	1,4	140	-1,4	7,01	0,072
	11-20 años	38	-2,4	84	2,4		
	21-30 años	117	1,0	153	-1,0		
	31-40 años	84	-0,6	130	0,6		
Tipo de atentado (N=935)	Coche bomba	85	-1,7	124	1,7	9,39	0,152
	Explosión en casa cuartel	15	-0,8	23	0,8		
	Tiroteo	122	0,5	137	-0,5		
	Otro tipo de explosión	87	0,8	92	-0,8		
	Secuestro	1	-1,4	5	1,4		
	Varias de las anteriores	0	-1,6	3	1,6		
	Atentado masivo	119	1,3	122	-1,3		

Nota. Los residuos tipificados corregidos que se presentan en negrita indican diferencias estadísticamente significativas entre las víctimas que realizaron o no realizaron la entrevista diagnóstica en la categoría concreta de la variable en cuestión.

En este caso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las víctimas que realizaron la entrevista diagnóstica y las que no la realizaron en cuanto al sexo, la edad como variable categorizada o continua, la edad de la persona cuando sufrió el atentado, el tipo de atentado sufrido o los años transcurridos desde el atentado (estos últimos analizados tanto de forma categorizada como continua) (véanse las tablas 7.3 y 7.4).

Sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de víctimas en cuanto al tipo de víctima y la presencia de sintomatología

psicopatológica e inadaptación, esta última entendida como una única variable categorizada (obtener una puntuación significativa o no en el cribado psicopatológico) o como cuatro variables continuas diferentes: nivel de sintomatología depresiva, ansiosa, de estrés postraumático y de inadaptación.

Efectivamente, como puede apreciarse en la tabla 7.3 en relación con el tipo de víctima, los familiares de heridos resultaron ser más frecuentes entre las víctimas que no realizaron la entrevista que entre las que sí las realizaron (38,4% frente a 25,4%), mientras que las víctimas heridas y las que reunían varias condiciones de víctimas resultaron ser más frecuentes entre las que realizaron la entrevista diagnóstica que entre los que no la realizaron (34,7% y 7,3% frente a 20,1% y 3,5%, respectivamente).

Tabla 7.4. Medias en variables demográficas, psicopatológicas y relacionadas con el atentado terrorista de las víctimas que realizaron y no realizaron la entrevista diagnóstica y comparación de las mismas mediante la prueba *t* de Student

Variables	No realizaron la entrevista diagnóstica (<i>n</i> = 458)	Realizaron la entrevista diagnóstica (<i>n</i> = 507)	<i>t</i>	<i>p</i>
Edad actual de la persona (<i>N</i> = 965)	49,26 (15,73)	50,09 (14,97)	-0,86	0,387
Años transcurridos desde el atentado (<i>N</i> = 860)	21,53 (10,45)	21,48 (9,91)	0,08	0,935
Edad de la víctima cuando ocurrió el atentado (<i>N</i> = 945)	27,36 (16,39)	28,63 (14,35)	-1,26	0,208
Síntomas depresivos (BDI-II-SF) (<i>N</i> = 964)	4,12 (5,38)	5,83 (6,01)	-4,62	0,001
Síntomas ansiosos (BAI-PC) (<i>N</i> = 962)	2,65 (3,59)	4,33 (4,67)	-6,30	0,001
Síntomas de estrés postraumático (PCL-S) (<i>N</i> = 960)	27,88 (12,29)	32,41 (13,93)	-5,36	0,001
Grado de inadaptación (EI) (<i>N</i> = 950)	6,94 (7,51)	8,77 (7,94)	-3,65	0,001

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis) salvo que se indique otra cosa. BDI-II-SF: Inventario de Depresión de Beck-II, versión breve. BAI-PC = Inventario de Ansiedad de Beck para Atención Primaria. PCL-S: Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión específica. EI = Escala de Inadaptación.

Por otro lado, entre las víctimas que no realizaron la entrevista diagnóstica había un menor porcentaje de personas que habían obtenido una puntuación significativa en la

entrevista de cribado que entre las víctimas que sí la realizaron (35,5% frente a 52,6%), y, de hecho, estas últimas obtuvieron puntuaciones medias en sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés postraumático y en grado de inadaptación significativamente más altas que las que obtuvieron las víctimas que no realizaron la entrevista diagnóstica (véase la tabla 7.4). Este resultado era esperable puesto que, como se comentó en el apartado sobre el procedimiento, durante la realización del diseño inicial de dos fases del estudio se apreció un mayor rechazo a realizar la entrevista diagnóstica presencial entre las víctimas que no habían obtenido puntuaciones significativas en el cribado que entre las víctimas que sí las habían obtenido, circunstancia que parecía lógica si se piensa que aquellas víctimas que se encuentran mejor es probable que estén menos motivadas a participar en una evaluación psicológica que las víctimas que presenten cierta sintomatología o ciertas interferencias en su día a día, las cuales sería esperable que pensarán que les vendría muy bien llevar a cabo una evaluación psicológica por parte de unos profesionales.

7.2. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas

a) Prevalencia puntual

En la tabla 7.5 se recoge la frecuencia y el porcentaje con que se presentaban actualmente entre las víctimas que realizaron la entrevista diagnóstica cada uno de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y adaptativo que evaluaba dicha entrevista. Como se puede apreciar en esa tabla, el trastorno actualmente más prevalente en las víctimas de atentados terroristas fue el TEPT (26,8%), seguido por el trastorno depresivo mayor (17,9%), la fobia específica (15%), el trastorno de angustia (13,4%, incluyendo tanto el trastorno de angustia con agorafobia, 9,1%, como sin agorafobia, 4,3%) y el trastorno de ansiedad generalizada (11,8%), todos los cuales se presentaban en más del 10% de la muestra de víctimas del terrorismo del presente estudio. Cabe señalar también que en el 71,4% de las víctimas que presentaban un trastorno depresivo mayor, éste era recidivante ($n = 65$), mientras que en un 20,9% ($n = 19$) era de episodio único y en un 7,7% ($n = 7$) se encontraba en remisión parcial.

Tabla 7.5. Prevalencia puntual de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y adaptativos en la muestra de víctimas que realizó la entrevista diagnóstica psicopatológica

Trastorno psicológico	Frecuencia (N = 507)	Prevalencia puntual (%)
Trastorno depresivo mayor	91	17,9
Trastorno distímico	25	4,9
Trastorno bipolar I	8	1,6
Trastorno bipolar II	2	0,4
Trastorno ciclotímico	0	0,0
T. del estado de ánimo debido a enfermedad médica	3	0,6
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias	0	0,0
Trastorno depresivo no especificado	0	0,0
Trastorno de angustia con agorafobia	46	9,1
Trastorno de angustia sin agorafobia	22	4,3
Trastorno obsesivo-compulsivo	28	5,5
Trastorno por estrés postraumático	136	26,8
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	27	5,3
Fobia social	30	5,9
Fobia específica	76	15,0
Trastorno de ansiedad generalizada	60	11,8
Trastorno de ansiedad no especificado	15	3,0
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	2	0,4
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	0	0,0
Trastorno adaptativo	15	3,0

El resto de trastornos psicológicos evaluados fueron menos prevalentes como, por ejemplo, la fobia social (5,9%), el trastorno obsesivo-compulsivo (5,5%), la agorafobia sin historia de trastorno de angustia (5,3%), el trastorno distímico (4,9%), el trastorno adaptativo (3%) y el trastorno de ansiedad no especificado (3%), siendo especialmente

poco frecuentes (por debajo del 3%), los trastornos bipolares (con un 1,6% el bipolar I y un 0,4% el bipolar II), los trastornos emocionales debidos a enfermedad médica (con un 0,6% el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y con un 0,4% el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica) y, sobre todo, los siguientes trastornos psicológicos: trastorno ciclotímico, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, trastorno depresivo no especificado y trastorno de ansiedad inducido por sustancias, los cuales no se encontraron en ninguna víctima (véase la tabla 7.5).

Si se agrupan los trastornos psicológicos evaluados por grupos, tal y como se hace en la tabla 7.6, los trastornos psicológicos más frecuente en las víctimas del terrorismo fueron los de ansiedad (44,8%), que casi duplicaron en su prevalencia puntual a los trastornos del estado de ánimo (23,9%) y que también superaron a estos últimos incluso sin tener en cuenta el TEPT (36,7%). Dentro de los trastornos de ansiedad, el TEPT era, tal y como se señalaba líneas atrás, el más prevalente (véase la tabla 7.5), pero el porcentaje de víctimas que padecían uno o varios del resto de trastornos de ansiedad superaban, en su conjunto, al porcentaje de víctimas que sufrían de TEPT (36,7% frente a 26,8%). En relación con los trastornos del estado de ánimo, un 21,3% de las víctimas presentaban un trastorno depresivo mayor o un trastorno distímico (véase la tabla 7.6). Finalmente, cabe señalar que un 50,3% de las víctimas de atentados terroristas presentaban uno o varios trastornos del estado de ánimo, de ansiedad o adaptativo en la actualidad después de que hubiera pasado una media de 21 años desde el atentado (véase la tabla 7.6).

Tabla 7.6. Prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos en la muestra de víctimas que realizó la entrevista diagnóstica psicopatológica

Grupo de trastornos psicológicos	Frecuencia (N = 507)	Prevalencia puntual (%)
Trastornos del estado de ánimo	121	23,9
Trastornos depresivos graves (depresivo mayor y distímico)	108	21,3
Trastornos de ansiedad	227	44,8
Trastornos de ansiedad distintos del TEPT	186	36,7
Padecer uno o varios trastornos	255	50,3

Nota. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

b) Prevalencia vital

En la tabla 7.7 se recoge la frecuencia y el porcentaje con que, entre las víctimas que realizaron la entrevista diagnóstica, se habían presentado a lo largo de su vida cada uno de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y adaptativo que evaluaba dicha entrevista. A nivel vital, los trastornos más prevalentes en víctimas de terrorismo fueron el trastorno depresivo mayor (38,3%) y el TEPT (37,5%). El siguiente trastorno más prevalente, aunque con una frecuencia que no llegaba a la mitad de las de los anteriores, fue la fobia específica (16%), seguido del trastorno de angustia con agorafobia (12,6%), el trastorno de ansiedad generalizada (12,4%), la agorafobia sin historia de trastorno de angustia (9,5%), el trastorno de angustia sin agorafobia (8,7%), la fobia social (7,1%), el trastorno obsesivo-compulsivo (6,7%), el trastorno distímico (4,9%), el trastorno de ansiedad no especificado (3,4%) y el trastorno adaptativo (3%).

Los trastornos psicológicos que a nivel vital fueron especialmente poco frecuentes (por debajo del 3%) resultaron ser los trastornos bipolares (2%, con un 1,6% el trastorno bipolar I y un 0,4% el trastorno bipolar II), el trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica (1,4%), el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (0,4%), el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (0,4%) y, en particular, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias, trastorno ciclotímico, y el trastorno depresivo no especificado que no fueron encontrados en ninguna víctima (véase la tabla 7.7).

Como cabría esperar, las prevalencias vitales de los trastornos psicológicos fueron en general superiores a las prevalencias puntuales, excepto, por ejemplo, respecto al trastorno distímico, el cual presentaba la misma prevalencia vital que puntual debido a que la SCID-I-VC sólo evalúa el trastorno distímico actual y ningún evaluador registró casos con trastorno distímico que no estuviesen presentes en el momento de la evaluación.

Tabla 7.7. Prevalencia vital de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y adaptativos en la muestra de víctimas que realizó la entrevista diagnóstica psicopatológica

Trastorno psicológico	Frecuencia (N = 507)	Prevalencia vital (%)
Trastorno depresivo mayor	194	38,3
Trastorno distímico	25	4,9
Trastorno bipolar I	8	1,6
Trastorno bipolar II	2	0,4
Trastorno ciclotímico	0	0,0
T. del estado de ánimo debido a enfermedad médica	7	1,4
T. del estado de ánimo inducido por sustancias	2	0,4
Trastorno depresivo no especificado	0	0,0
Trastorno de angustia con agorafobia	64	12,6
Trastorno de angustia sin agorafobia	44	8,7
Trastorno obsesivo-compulsivo	34	6,7
Trastorno por estrés postraumático	190	37,5
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	48	9,5
Fobia social	36	7,1
Fobia específica	81	16,0
Trastorno de ansiedad generalizada	63	12,4
Trastorno de ansiedad no especificado	17	3,4
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	2	0,4
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	0	0,0
Trastorno adaptativo	15	3,0

En la tabla 7.8 se recoge la frecuencia y el porcentaje con que, entre las víctimas que realizaron la entrevista diagnóstica, se habían presentado a lo largo de su vida cada uno de los grupos más importantes de trastornos psicológicos. Como puede observarse en la tabla 7.8, a nivel vital son más prevalentes los trastornos de ansiedad (55,4%) que los

trastornos depresivos (41,2%) o que el conjunto de trastornos del estado de ánimo (44,4%), aunque apenas existen diferencia cuando entre los trastornos de ansiedad no se tiene en cuenta el TEPT (45,2% frente a 41,2% y 44,4%, respectivamente). Un 65,3% de las víctimas evaluadas habían presentado a lo largo de su vida uno o varios trastornos del estado de ánimo, de ansiedad o adaptativo (véase la tabla 7.8).

Tabla 7.8. Prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos en la muestra de víctimas que realizó la entrevista diagnóstica psicopatológica

Grupo de trastornos psicológicos	Frecuencia (N = 507)	Prevalencia vital (%)
Trastornos del estado de ánimo	225	44,4
Trastornos depresivos graves (depresivo mayor y distímico)	209	41,2
Trastornos de ansiedad	281	55,4
Trastornos de ansiedad distintos del TEPT	229	45,2
Padecer uno o varios trastornos	331	65,3

Nota. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

7.3. Influencia del sexo, la edad, el tipo de víctima, el tipo de atentado y el tiempo transcurrido desde el atentado sobre la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas

Teniendo en cuenta las prevalencias puntuales que implicaban una frecuencia del trastorno mayor que 30 víctimas, el primer análisis de regresión logística para examinar la influencia del sexo, la edad, el tipo de víctima, el tipo de atentado y el tiempo transcurrido desde el atentado sobre la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos en las víctimas del terrorismo, fue llevado a cabo sobre la prevalencia del **trastorno depresivo mayor**. El modelo de regresión obtenido fue estadísticamente significativo, $\chi^2 = 24,78$ con $p = 0,001$, indicando que el conjunto de covariables del mismo era capaz de distinguir entre las víctimas que padecían actualmente un trastorno depresivo mayor y las que no lo padecían. Además, cuando se analizó la bondad de

ajuste del modelo mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow, dicha prueba obtuvo un valor de χ^2 de 1,59, con un nivel de significación mayor que 0,05 ($p = 0,991$), lo que indicaba que se debía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. No obstante, el modelo explicaba tan solo entre el 5,1% (R^2 de Cox y Snell = 0,051) y el 8,5% (R^2 de Nagelkerke = 0,085) de la variabilidad en la prevalencia de este trastorno, siendo clasificados correctamente un 82,3% de los casos, aunque este porcentaje era debido fundamentalmente al porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no padecían el trastorno (ascendiendo el porcentaje al 100%), mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue de 0%.

En la tabla 7.9 se presentan los coeficientes de regresión (B) para cada una de las covariables del modelo de regresión y las pruebas estadísticas correspondientes (test de Wald) sobre su significación estadística. Como se puede observar en dicha tabla, dos covariables estaban contribuyendo de forma significativa al modelo, el sexo ($p = 0,001$) y el tipo de víctima ($p = 0,008$), concretamente este efecto era debido al hecho de ser víctima directa ($p = 0,032$). Además, al observar los valores de B, se puede apreciar que en ambos casos eran positivos, lo que indicaría que las mujeres presentaban una mayor probabilidad de presentar un trastorno depresivo mayor que los varones, y que las víctimas directas tenían también más probabilidad de padecer el trastorno que los familiares de víctimas directas (tanto fallecidas como heridas o ilesas). Si se observan los $\exp(B)$ de las covariables, más conocido como *odds ratio* (OR) o razón de posibilidades (véase la tabla 7.9), en el caso del sexo este obtuvo un valor de 3,005, lo que indicaba que, controlando el efecto del resto de factores del modelo, las mujeres eran 3 veces más propensas a presentar un trastorno depresivo mayor que los hombres. En el caso de las víctimas heridas, el valor de su $\exp(B)$ u OR fue de 2,885, lo que indicaba que las víctimas directas eran casi 3 veces más propensas a padecer un trastorno depresivo mayor que los familiares, controlando los efectos del resto de covariables del modelo. Lógicamente, los intervalos de confianza al 95% de los $\exp(B)$ u OR de esas dos covariables, sexo y víctima herida, no incluían el valor de 1, en coherencia con los resultados de significación estadística de sus correspondientes coeficientes de regresión (véase la tabla 7.9).

Tabla 7.9. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor

Covariable	B	Wald	Sig.	Exp (B)	I. C. 95% para Exp (B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,100	14,149	0,001	3,005	1,694	5,332
Edad	-0,004	0,209	0,648	0,996	0,977	1,015
Tipo de víctima		9,554	0,008			
(1) Víctima directa	1,060	8,846	0,003	2,885	1,435	5,800
(2) Familiar de fallecido	0,315	0,785	0,376	1,370	0,683	2,748
Tipo de atentado (masivo)	0,387	1,348	0,246	1,472	0,766	2,828
Años desde el atentado	0,002	0,013	0,908	0,002	0,969	1,037
Constante	-2,352	17,116	0,001	0,069		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

El segundo trastorno psicológico cuya prevalencia puntual fue analizada mediante regresión logística binaria fue el **trastorno de angustia, con o sin agorafobia**. El modelo de regresión también fue estadísticamente significativo, $\chi^2 = 22,90$, $p = 0,001$, lo que sugería que las covariables en conjunto estaban significativamente relacionadas con la prevalencia puntual del trastorno de angustia y eran capaces de distinguir entre las víctimas que padecían actualmente un trastorno de angustia y las que no lo padecían. Además, la prueba de Hosmer y Lemeshow arrojó un valor de χ^2 de 8,83 con un nivel de significación mayor de 0,05 ($p = 0,357$), lo cual suponía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. El modelo explicaba entre el 4,8% (R^2 de Cox y Snell = 0,048) y el 8,8% (R^2 de Nagelkerke = 0,088) de la variabilidad en la prevalencia de este trastorno, siendo clasificados correctamente un 87,0% de los casos, aunque este porcentaje era debido al porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no padecían el trastorno (ascendiendo el porcentaje al 100%), mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue del 0%.

Como se puede observar en la tabla 7.10, tres variables estaban contribuyendo de forma significativa al modelo: el sexo ($p = 0,001$), la edad ($p = 0,011$) y el hecho de ser víctima directa ($p = 0,024$). Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los exp(B) u OR de esas covariables indicaban que, controlando el efecto del resto de covariables del modelo: (a) las mujeres tenían una probabilidad tres veces mayor de presentar un trastorno de angustia que los varones (OR = 3,23); (b) a mayor

edad, menor probabilidad de presentar un trastorno de angustia ($OR = 0,97$), y (c) las víctimas directas tenían casi dos veces y media mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de angustia que los familiares de las víctimas directas ($OR = 2,47$).

Tabla 7.10. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual del trastorno de angustia (con o sin agorafobia)

Covariable	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,174	12,476	0,001	3,236	1,687	6,209
Edad	-0,028	6,417	0,011	0,972	0,952	0,994
Tipo de víctima		5,291	0,071			
(1) Víctima directa	0,905	5,114	0,024	2,471	1,128	5,412
(2) Familiar de fallecido	0,303	0,611	0,435	1,354	0,633	2,898
Tipo de atentado (masivo)	-0,290	0,519	0,471	0,748	0,340	1,647
Años desde el atentado	-0,012	0,313	0,576	0,989	0,949	1,029
Constante	-1,387	3,709	0,054	0,250		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

Respecto a la prevalencia puntual del **TEPT**, los resultados del análisis de regresión logística binaria indicaban que el modelo de regresión estaba relacionado de forma estadísticamente significativa con dicha prevalencia y era capaz de distinguir significativamente entre las víctimas que padecían actualmente TEPT y las que no lo padecían, $\chi^2 = 36,59$, $p = 0,001$. Sin embargo, la prueba de Hosmer y Lemeshow arrojó un valor de χ^2 de 17,40 con un nivel de significación menor de 0,05 ($p = 0,026$), lo cual suponía rechazar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos e implicaba que el modelo, aunque capaz de discriminar de forma estadísticamente significativa entre las víctimas con y sin TEPT, podía no estar correctamente especificado en cuanto que podrían existir interacciones entre las variables predictoras o relaciones no lineales no contempladas (Allison, 2014). No obstante, dado el tamaño tan grande de la muestra de víctimas del presente estudio y la frecuencia tan grande de víctimas que sufrían de TEPT, cabría la posibilidad de que la prueba de Hosmer y Lemeshow no fuera fiable en este caso ya que, “como con cualquier prueba de bondad de ajuste, cuando la muestra es lo bastante grande, es imposible encontrar ningún modelo razonablemente parsimonioso con un valor de p mayor que 0,05” (Allison, 2014, p. 11).

El modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual del TEPT explicaba entre el 7,5% (R^2 de Cox y Snell = 0,075) y el 11% (R^2 de Nagelkerke =

0,110) de la variabilidad en la prevalencia de este trastorno, siendo clasificados correctamente un 74,7% de los casos, aunque este porcentaje era fundamentalmente debido al porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no padecían el trastorno (ascendiendo el porcentaje al 95,4%), mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue del 16,3%.

Como se puede observar en la tabla 7.11, tres variables estaban contribuyendo de forma significativa al modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual del TEPT: el sexo ($p = 0,001$), la edad ($p = 0,030$) y el tipo de víctima ($p = 0,001$), y concretamente respecto a esta última variable, el hecho de ser víctima directa ($p = 0,001$). Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los exp(B) u OR de esas covariables indicaban que: (a) las mujeres tenían casi 2,5 veces más probabilidad de tener un TEPT que los varones (OR = 2,45); (b) a mayor edad, menor probabilidad de presentar un trastorno de angustia (OR = 0,98), y (c) las víctimas directas tenían más de cuatro veces mayor probabilidad de tener TEPT que los familiares de los fallecidos o de los heridos o ilesos (OR = 4,17).

Tabla 7.11. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual del trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	0,895	12,511	0,001	2,447	1,490	4,018
Edad	-0,019	4,685	0,030	0,981	0,965	0,998
Tipo de víctima		21,672	0,001			
(1) Víctima directa	1,427	19,812	0,001	4,168	2,223	7,814
(2) Familiar de fallecido	0,407	1,675	0,196	1,502	0,811	2,782
Tipo de atentado (masivo)	0,364	1,527	0,217	1,439	0,808	2,564
Años desde el atentado	0,009	0,367	0,545	1,009	0,980	1,040
Constante	-1,640	8,748	0,003	0,194		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

El cuarto trastorno examinado mediante análisis de regresión logística binaria fue la **fobia social**. Los resultados de este análisis revelaron que el modelo de regresión no estaba relacionado de forma significativa con la prevalencia puntual de la fobia social y era incapaz de distinguir significativamente entre las víctimas que padecían actualmente fobia social y las que no la padecían, $\chi^2 = 9,53$, $p = 0,146$.

Consistentemente y como puede verse en la tabla 7.12, dicho modelo de regresión no contenía predictores estadísticamente significativos.

Tabla 7.12. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de la fobia social

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	0,067	0,025	0,873	1,069	0,471	2,428
Edad	-0,009	0,333	0,564	0,991	0,962	1,022
Tipo de víctima		0,324	0,850			
(1) Víctima directa	0,270	0,279	0,597	1,310	0,481	3,566
(2) Familiar de fallecido	0,255	0,207	0,649	1,290	0,431	3,863
Tipo de atentado (masivo)	0,456	0,723	0,395	1,578	0,551	4,521
Años desde el atentado	-0,038	1,622	0,203	0,963	0,908	1,021
Constante	-2,025	4,014	0,045	0,132		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

El quinto trastorno examinado mediante análisis de regresión logística binaria fue la **fobia específica**. Los resultados de este análisis indicaron que el modelo de regresión estaba relacionado de forma estadísticamente significativa con la prevalencia puntual de la fobia específica y era capaz de distinguir significativamente entre las víctimas que padecían actualmente fobia específica y las que no lo padecían, $\chi^2=23,83$, $p=0,001$. Además, la prueba de Hosmer y Lemeshow arrojó un valor de χ^2 de 11,09 con un nivel de significación mayor de 0,05 ($p = 0,197$), lo cual suponía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. El modelo explicaba entre el 4,9% (R^2 de Cox y Snell = 0,049) y el 8,7% (R^2 de Nagelkerke = 0,087) de la variabilidad en la prevalencia puntual de la fobia específica, siendo clasificados correctamente un 85,1% de los casos, aunque este porcentaje era debido principalmente al porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no padecían el trastorno (ascendiendo el porcentaje al 100%), mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue del 0%.

Como se puede observar en la tabla 7.13, dos variables estaban contribuyendo de forma significativa a la explicación de la variabilidad en la prevalencia puntual de la fobia específica: el sexo ($p = 0,042$) y el tipo de atentado ($p = 0,027$). Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los exp(B) u OR de esas variables indicaban que, controlando el resto de variables del modelo de regresión, las mujeres

eran casi dos veces más propensas a desarrollar fobia específica que los varones (OR = 1,81), mientras que las víctimas de atentados masivos tenían más de dos veces mayor probabilidad de padecer de fobia específica que las víctimas de atentados no masivos (OR = 2,18).

Tabla 7.13. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de la fobia específica

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	0,595	4,152	0,042	1,814	1,023	3,215
Edad	-0,016	2,525	0,112	0,984	0,964	1,004
Tipo de víctima		1,730	0,421			
(1) Víctima directa	0,379	1,096	0,295	1,461	0,719	2,969
(2) Familiar de fallecido	0,445	1,490	0,222	1,561	0,764	3,192
Tipo de atentado (masivo)	0,781	4,898	0,027	2,184	1,093	4,361
Años desde el atentado	-0,011	0,369	0,544	0,989	0,953	1,026
Constante	-1,666	6,383	0,012	0,189		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

El sexto y último trastorno específico cuya prevalencia puntual fue examinada mediante análisis de regresión logística binaria fue el **trastorno de ansiedad generalizada**. Los resultados de este análisis revelaron que el modelo de regresión no estaba relacionado significativa con dicha prevalencia y era incapaz de distinguir significativamente entre las víctimas que padecían actualmente trastorno de ansiedad generalizada y las que no ($\chi^2 = 10,09$, $p = 0,121$), de manera que, consistentemente y como puede verse en la tabla 7.14, el modelo no contenía predictores estadísticamente significativos.

Tabla 7.14. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual del trastorno de ansiedad generalizada

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	0,199	0,405	0,524	1,220	0,661	2,252
Edad	-0,011	1,016	0,313	0,989	0,967	1,011
Tipo de víctima		0,138	0,933			
(1) Víctima directa	0,098	0,068	0,795	1,103	0,528	2,305
(2) Familiar de fallecido	-0,044	0,012	0,912	0,957	0,440	2,083
Tipo de atentado (masivo)	0,505	1,675	0,196	1,657	0,771	3,559
Años desde el atentado	-0,015	0,507	0,476	0,985	0,946	1,026
Constante	-1,496	4,345	0,037	0,224		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

Tras analizar los trastornos psicológicos específicos que se presentaban actualmente en más de 30 víctimas, se pasó a analizar la prevalencia puntual de los grupos de trastornos, comenzando con un análisis de regresión logística binaria sobre la presencia actual de cualquier **trastorno del estado de ánimo**. El modelo de regresión obtenido fue estadísticamente significativo, $\chi^2 = 29,62$ con $p = 0,001$, indicando que las variables predictoras del mismo eran capaces de distinguir entre las víctimas que padecían actualmente un trastorno del estado de ánimo, de cualquier tipo, y las que no lo padecían. Además, cuando se analizó la bondad de ajuste del modelo mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow, esta prueba obtuvo un valor de χ^2 de 5,48, con un nivel de significación mayor que 0,05 ($p = 0,705$), lo que indicaba que se debía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. Este modelo explicaba entre el 6,1% (R^2 de Cox y Snell = 0,061) y el 9,2% (R^2 de Nagelkerke = 0,092) de la variabilidad en la prevalencia puntual de los trastornos del estado de ánimo, siendo clasificados correctamente un 74,7% de los casos, aunque este porcentaje era debido fundamentalmente al porcentaje de 96,1% de pronósticos correctos de los casos que no padecían un trastorno del estado de ánimo, mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue 5,4%.

Tal y como refleja la tabla 7.15, dos covariables estaban contribuyendo de forma estadísticamente significativa al modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de los trastornos del estado de ánimo y tras controlar el efecto del resto de covariables del modelo: el sexo ($p = 0,001$) y el tipo de víctima ($p = 0,002$), siendo en este caso la condición de víctima directa en un atentado la que estaría influyendo en las diferencias individuales en la presencia actual de un trastorno del estado de ánimo ($p = 0,001$). Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los exp(B) u OR de esas covariables indicaban que, controlando el resto de covariables del modelo de regresión, (a) las víctimas mujeres tenían tres veces más probabilidad de padecer actualmente un trastorno del estado de ánimo que las víctimas varones (OR = 3), y (b) las víctimas directas tenían más de tres veces mayor probabilidad de padecer actualmente un trastorno del estado de ánimo que los familiares de fallecidos o heridos/ilesos en los atentados (OR = 3,26).

Tabla 7.15. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de cualquier trastorno del estado de ánimo

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,100	17,576	0,001	3,003	1,796	5,021
Edad	-0,009	1,177	0,278	0,991	0,974	1,008
Tipo de víctima		12,714	0,002			
(1) Víctima directa	1,182	12,701	0,001	3,261	1,702	6,246
(2) Familiar de fallecido	0,600	3,557	0,059	1,822	0,977	3,397
Tipo de atentado (masivo)	0,319	1,115	0,291	1,376	0,761	2,490
Años desde el atentado	0,007	0,221	0,638	1,007	0,977	1,039
Constante	-2,276	15,584	0,001	0,103		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

Respecto a la prevalencia puntual del conjunto de **trastornos depresivos graves (trastorno depresivo mayor y trastorno distímico)**, el análisis de regresión logística binaria reveló que el modelo analizado estaba relacionado de forma estadísticamente significativa con dicha prevalencia y era capaz de distinguir entre las víctimas del terrorismo que padecían actualmente un trastorno depresivo grave, de cualquier tipo, y las que no lo padecían ($\chi^2 = 28,03$, $p = 0,001$). Consistentemente, la prueba de Hosmer y Lemeshow obtuvo un valor de $\chi^2 = 8,75$, con un nivel de significación mayor que 0,05 ($p = 0,363$), indicando que se debía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. Este modelo explicaba entre el 5,8% (R^2 de Cox y Snell = 0,058) y el 9% (R^2 de Nagelkerke = 0,090) de la variabilidad en la prevalencia puntual de los trastornos depresivos graves, siendo clasificados correctamente un 79,1% de los casos, aunque este porcentaje era debido fundamentalmente al porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no padecían un trastorno depresivo grave (ascendiendo el porcentaje al 100%), mientras que el porcentaje de casos con un trastorno depresivo grave correctamente pronosticado fue de 1%.

Los resultados de ese análisis de regresión logística binaria, que se recogen en la tabla 7.16, indicaban que dos covariables predecían de forma estadísticamente significativa la prevalencia puntual de los trastornos depresivos graves: el sexo ($p = 0,001$) y el tipo de víctima ($p = 0,007$), siendo de nuevo la condición de víctima directa del atentado la que estaría influyendo en las diferencias individuales en la presencia actual de trastornos depresivos graves ($p = 0,002$). Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los exp(B) u OR de esas variables indicaban que,

controlando el resto de variables del modelo de regresión, las mujeres tenían tres veces más probabilidad de padecer un trastorno depresivo grave que los varones ($OR = 3,03$), mientras que las víctimas directas tenían casi tres veces mayor probabilidad de padecer uno de esos trastornos que los familiares de fallecidos o heridos/ilesos en los atentados ($OR = 2,85$).

Tabla 7.16. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de cualquier trastorno depresivo grave (trastorno depresivo mayor y trastorno distímico)

Variables	B	Wald	Sig.	Exp (B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,108	16,420	0,001	3,029	1,772	5,176
Edad	-0,006	0,397	0,529	0,994	0,977	1,012
Tipo de víctima		9,826	0,007			
(1) Víctima directa	1,047	9,615	0,002	2,850	1,470	5,524
(2) Familiar de fallecido	0,424	1,657	0,198	1,528	0,801	2,912
Tipo de atentado (masivo)	0,490	2,470	0,116	1,632	0,886	3,007
Años desde el atentado	0,009	0,298	0,585	1,009	0,977	1,041
Constante	-2,599	18,584	0,001	0,074		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

En relación con los **trastornos de ansiedad**, los resultados indicaban que el modelo de regresión logística binaria estaba relacionado significativamente con la prevalencia puntual de los trastornos de ansiedad y era capaz de distinguir entre las víctimas que padecían actualmente uno o varios trastornos de ansiedad y las que no los padecían ($\chi^2 = 52,84$, $p = 0,001$). Los resultados de la prueba de Hosmer y Lemeshow también apoyaban la plausibilidad del modelo de regresión ya que obtuvo un valor de $\chi^2 = 11,72$, con un nivel de significación mayor que 0,05 ($p = 0,164$), lo que significaba que se debía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. Este modelo explicaba entre el 10,6% (R^2 de Cox y Snell = 0,106) y el 14,2% (R^2 de Nagelkerke = 0,142) de la variabilidad en la prevalencia puntual de los trastornos de ansiedad, siendo clasificados correctamente un 67,7% de los casos, de manera que el porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no padecían trastornos de ansiedad era de un 80,3%, mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue del 52,1%.

Como se puede observar en la tabla 7.17, tres variables predictoras estaban

contribuyendo de forma significativa al modelo de regresión: el sexo ($p = 0,001$), la edad ($p = 0,007$) y el tipo de víctima ($p = 0,001$), siendo en este caso tanto la condición de víctima directa ($p = 0,001$) como la condición de familiar de fallecido ($p = 0,048$) las que estarían influyendo en las diferencias en la prevalencia puntual de los trastornos de ansiedad. Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los exp(B) u OR de esas variables indicaban que, controlando el resto de variables del modelo de regresión: (a) las mujeres tenían más de tres veces mayor probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad que los varones (OR = 3,27); (b) las víctimas directas tenían también más de tres veces mayor probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad que los familiares de fallecidos o heridos/ilesos en los atentados (OR = 3,34); (c) los familiares de los fallecidos en los atentados tenían mayor probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad que los familiares de los heridos o ilesos (OR = 1,69), y (d) las víctimas de más edad tenían ligeramente menor probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad que las víctimas de menos edad (B = -0,021; OR = 0,98), es decir, que una menor edad era un factor que entre las víctimas aumentaba levemente la probabilidad de presentar actualmente un trastorno de ansiedad.

Tabla 7.17. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de cualquier trastorno de ansiedad

Variables	B	Wald	Sig.	Exp (B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,185	26,808	0,001	3,271	2,088	5,122
Edad	-0,021	7,259	0,007	0,979	0,965	0,994
Tipo de víctima		17,259	0,001			
(1) Víctima directa	1,205	17,795	0,001	3,337	1,906	5,842
(2) Familiar de fallecido	0,524	3,926	0,048	1,688	1,006	2,834
Tipo de atentado (masivo)	0,476	3,199	0,074	1,610	0,955	2,712
Años desde el atentado	-0,001	0,007	0,932	0,999	0,973	1,025
Constante	-0,554	1,328	0,249	0,575		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

Teniendo en cuenta únicamente los **trastornos de ansiedad distintos del TEPT**, los resultados del análisis de regresión logística binaria sobre su prevalencia puntual revelaron que el modelo de regresión estaba relacionado significativamente con la prevalencia puntual de dichos trastornos y era capaz de distinguir entre las víctimas que padecían actualmente uno o varios trastornos de ansiedad distintos del TEPT y las que no los padecían ($\chi^2 = 48,93$, $p = 0,001$). Los resultados de la prueba de Hosmer y

Lemeshow también apoyaban la plausibilidad del modelo de regresión ya que obtuvo un valor de $\chi^2 = 6,71$, con un nivel de significación mayor que 0,05 ($p = 0,568$), lo que significaba que se debía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. Este modelo explicaba entre el 9,9% (R^2 de Cox y Snell = 0,099) y el 13,5% (R^2 de Nagelkerke = 0,135) de la variabilidad en la prevalencia puntual de los trastornos de ansiedad distintos del TEPT, siendo clasificados correctamente un 67,4% de los casos, de manera que el porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no padecían trastornos de ansiedad distintos del TEPT era de un 88,6%, mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue del 31,2%.

Tal y como refleja la tabla 7.18, tres variables predictoras estaban relacionadas significativamente con la prevalencia puntual de los trastornos de ansiedad distintos del TEPT controlando el resto de variables del modelo de regresión: el sexo ($p = 0,001$), la edad ($p = 0,001$) y el tipo de víctima ($p = 0,040$), siendo en este caso tan solo la condición de víctima directa la que estaría influyendo en las diferencias individuales en la presencia actual de trastornos de ansiedad distintos del TEPT ($p = 0,012$).

Tabla 7.18. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de cualquier trastorno de ansiedad distinto del trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Variables	B	Wald	Sig.	Exp (B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,1007	19,607	0,001	2,737	1,753	4,274
Edad	-0,027	11,929	0,001	0,973	0,958	0,988
Tipo de víctima		6,462	0,040			
(1) Víctima directa	0,709	6,255	0,012	2,033	1,166	3,545
(2) Familiar de fallecido	0,442	2,672	0,102	1,556	0,916	2,645
Tipo de atentado (masivo)	0,448	2,731	0,074	1,556	0,920	2,664
Años desde el atentado	-0,009	0,454	0,098	0,991	0,964	1,018
Constante	-0,109	0,049	0,501	0,897		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los exp(B) u OR de esas variables indicaban, de forma similar a lo que ocurría con la prevalencia puntual del conjunto de trastornos de ansiedad, que: (a) las mujeres tenían casi tres veces mayor probabilidad de padecer actualmente un trastorno de ansiedad distinto del TEPT que los varones (OR = 2,73); (b) las víctimas directas tenían el doble de probabilidad de

padecer actualmente un trastorno de ansiedad distinto del TEPT que los familiares de fallecidos o heridos/ilesos en los atentados ($OR = 2,03$), y (c) las víctimas de más edad tenían menor probabilidad de padecer actualmente un trastorno de ansiedad distinto del TEPT que las víctimas de menos edad ($B = -0,027$; $OR = 0,97$), es decir, que ser menor edad era un factor que entre las víctimas aumentaba levemente la probabilidad de presentar actualmente un trastorno de ansiedad distinto del TEPT (véase tabla 7.18).

Por último, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de padecer **cualquier trastorno psicológico**. Los resultados de este análisis mostraron que el conjunto de covariables del modelo de regresión estaba relacionado significativamente con la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos y era capaz de distinguir entre las víctimas que padecían actualmente uno o varios trastornos psicológicos y las que no los padecían ($\chi^2 = 48,28$, $p = 0,001$). Los resultados de la prueba de Hosmer y Lemeshow también apoyaban la plausibilidad del modelo de regresión ya que obtuvo un valor de $\chi^2 = 6,42$, con un nivel de significación mayor que 0,05 ($p = 0,600$), lo que significaba que se debía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. Este modelo explicaba entre el 9,8% (R^2 de Cox y Snell = 0,098) y el 13% (R^2 de Nagelkerke = 0,130) de la variabilidad en la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos, siendo clasificados correctamente un 64,7% de los casos; en concreto, el porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no padecían ningún trastorno psicológico fue de 66,2%, mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue 63,1%.

En la tabla 7.19 se recogen los coeficientes de regresión (B), su significación estadística y los valores de los $\exp(B)$ u OR de las variables predictoras del modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de cualquier trastorno psicológico. Tales estadísticos indicaban que había tres variables predictoras que estaban relacionadas significativamente con la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos controlando el resto de variables del modelo de regresión: el sexo ($p = 0,001$), la edad ($p = 0,001$) y el tipo de víctima ($p = 0,001$), siendo en este caso tanto la condición de víctima directa como la condición de familiar de fallecido las que estarían influyendo en las diferencias individuales en la presencia actual de trastornos psicológicos ($p = 0,001$ y 0,032, respectivamente). Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los $\exp(B)$ u OR de esas variables indicaban que: (a) las

mujeres tenían el triple de probabilidad de padecer actualmente un trastorno psicológico en comparación a los varones (OR = 3); (b) las víctimas directas tenían tres veces más probabilidad de padecer actualmente un trastorno psicológico que los familiares de fallecidos o heridos/ilesos en atentados (OR = 3,36); (c) los familiares de fallecidos en atentados tenían mayor probabilidad de padecer actualmente un trastorno psicológico que los familiares de los heridos o ilesos (OR = 1,75), y (d) las víctimas de más edad tenían menor probabilidad de padecer actualmente un trastorno psicológico que las víctimas de menos edad (B = -0,021; OR = 0,98), es decir, que ser menor edad era un factor que entre las víctimas aumentaba levemente la probabilidad de presentar actualmente un trastorno psicológico.

Tabla 7.19. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia puntual de cualquier trastorno psicológico

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,099	23,818	0,001	3,000	1,930	4,663
Edad	-0,021	7,599	0,006	0,979	0,964	0,994
Tipo de víctima		18,539	0,001			
(1) Víctima directa	1,214	18,538	0,001	3,365	1,937	5,847
(2) Familiar de fallecido	0,558	4,596	0,032	1,747	1,049	2,908
Tipo de atentado (masivo)	0,390	2,165	0,141	1,477	0,878	2,484
Años desde el atentado	-0,003	0,062	0,803	0,997	0,971	1,023
Constante	-0,198	0,176	0,675	0,820		

Nota. En negrita los valores *p* (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con *p* < 0,05.

7.4. Influencia del sexo, la edad, el tipo de víctima, el tipo de atentado y el tiempo transcurrido desde el atentado sobre la prevalencia vital de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas

Teniendo en cuenta las prevalencias vitales que implicaban una frecuencia del trastorno superior a 30 víctimas, el primer análisis de regresión logística binaria para examinar la influencia del sexo, la edad, el tipo de víctima, el tipo de atentado y el tiempo transcurrido desde el atentado sobre la presencia de trastornos psicológicos en algún momento de la vida de las víctimas del terrorismo, sin necesidad de que estén presentes en la actualidad, se realizó sobre la prevalencia vital del **trastorno depresivo mayor**. Los resultados de este análisis mostraron que el modelo de regresión estaba

relacionado significativamente con dicha prevalencia y era capaz de distinguir entre las víctimas que habían padecido un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida y las que nunca lo habían padecido ($\chi^2 = 29,91$, $p = 0,001$). Los resultados de la prueba de Hosmer y Lemeshow también apoyaban la plausibilidad del modelo de regresión ya que obtuvo un valor de $\chi^2 = 14,69$, con un nivel de significación mayor que 0,05 ($p = 0,065$), lo que significaba que se debía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. Este modelo explicaba entre el 6,2% (R^2 de Cox y Snell = 0,062) y el 8,4% (R^2 de Nagelkerke = 0,084) de la variabilidad en la prevalencia vital del trastorno depresivo mayor, siendo clasificados correctamente un 65,3% de los casos, aunque este porcentaje era debido fundamentalmente al porcentaje de pronósticos correctos de las víctimas que no habían padecido un trastorno depresivo mayor a lo largo de su vida (91,7%), mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue 23,2%.

En la tabla 7.20 se recogen los coeficientes de regresión (B), su significación estadística y los valores de los exp(B) u OR de las variables predictoras del modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del trastorno depresivo mayor. Tales estadísticos indicaban que había dos variables predictoras que estaban relacionadas significativamente con la prevalencia vital del trastorno depresivo mayor controlando el resto de variables del modelo de regresión: el sexo ($p = 0,001$) y el tipo de víctima ($p = 0,028$), siendo en este caso la condición de víctima directa la que estaría influyendo en las diferencias individuales en la presencia a lo largo de la vida de un trastorno depresivo mayor ($p = 0,009$).

Tabla 7.20. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del trastorno depresivo mayor

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	0,955	18,324	0,001	2,600	1,679	4,026
Edad	-0,010	1,747	0,186	0,990	0,975	1,005
Tipo de víctima		7,182	0,028			
(1) Víctima directa	0,719	6,840	0,009	2,052	1,197	3,517
(2) Familiar de fallecido	0,207	0,615	0,433	1,230	0,733	2,062
Tipo de atentado (masivo)	0,151	0,322	0,570	1,163	0,690	1,959
Años desde el atentado	-0,013	0,928	0,335	0,987	0,961	1,014
Constante	-0,606	1,569	0,210	0,546		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los $\exp(B)$ u OR de esas variables indicaban que: (a) las mujeres tenían más del doble de probabilidad de haber padecido a lo largo de su vida un trastorno depresivo mayor que los varones (OR = 2,6), y (b) las víctimas directas tenían dos veces más probabilidad de haber padecido a lo largo de su vida un trastorno depresivo mayor que los familiares de fallecidos o heridos/ilesos en atentados (OR = 2,05) (véase tabla 7.20).

El segundo trastorno psicológico cuya prevalencia vital fue analizada mediante regresión logística binaria fue el **trastorno de angustia, con o sin agorafobia**. El modelo de regresión también fue estadísticamente significativo, $\chi^2 = 22,83$, $p = 0,001$, lo que sugería que las covariables en conjunto estaban relacionadas significativamente con la prevalencia vital del trastorno de angustia y eran capaces de distinguir entre las víctimas que habían padecido a lo largo de su vida un trastorno de angustia y las que no lo habían padecido. Además, la prueba de Hosmer y Lemeshow arrojó un valor de χ^2 de 3,57 con un nivel de significación mayor de 0,05 ($p = 0,894$), lo cual suponía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. El modelo explicaba entre el 4,7% (R^2 de Cox y Snell = 0,047) y el 7,4% (R^2 de Nagelkerke = 0,074) de la variabilidad en la prevalencia vital de este trastorno, siendo clasificados correctamente un 79,1% de los casos, aunque este porcentaje era debido al porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no habían padecido el trastorno de angustia (ascendiendo el porcentaje a 100%), mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue 0%.

Como se puede observar en la tabla 7.21, dos variables estaban contribuyendo de forma significativa al modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del trastorno de angustia: el sexo ($p = 0,004$) y la edad ($p = 0,001$). Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los $\exp(B)$ u OR de esas dos covariables indicaban que, controlando el efecto del resto de variables predictoras del modelo: (a) las mujeres tenían una probabilidad dos veces mayor que los varones de haber presentado a lo largo de su vida un trastorno de angustia (OR = 2,13), y (b) a mayor edad, menor probabilidad de presentar un trastorno de angustia (B = -0,029; OR = 0,97) o, lo que lo mismo, ser joven, controlando los efectos del resto de factores del modelo, incrementaba levemente el riesgo de haber padecido a lo largo de la vida un trastorno de angustia.

Tabla 7.21. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del trastorno de angustia (con o sin agorafobia)

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	0,757	8,483	0,004	2,133	1,281	3,551
Edad	-0,029	10,139	0,001	0,971	0,954	0,989
Tipo de víctima		1,395	0,498			
(1) Víctima directa	0,367	1,330	0,249	1,444	0,773	2,696
(2) Familiar de fallecido	0,098	0,100	0,751	1,103	0,602	2,022
Tipo de atentado (masivo)	-0,276	0,700	0,403	0,759	0,397	1,449
Años desde el atentado	-0,017	1,029	0,310	0,983	0,951	1,016
Constante	-0,086	0,022	0,882	0,917		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

El tercer trastorno cuya prevalencia vital fue analizada mediante regresión logística binaria fue el **trastorno obsesivo-compulsivo**. Los resultados de este análisis revelaron que el modelo era incapaz de distinguir significativamente entre las víctimas que habían padecido un trastorno obsesivo-compulsivo en algún momento de su vida y las que no lo habían padecido, $\chi^2 = 7,56$, $p = 0,272$. Sin embargo, aunque el modelo en su conjunto no resultó estadísticamente significativo, el análisis de la significación de los coeficientes de regresión (B) de cada una de las variables predictoras mediante las correspondientes pruebas de Wald reveló, tal y como puede verse en la tabla 7.22, que la edad estaba relacionada de forma estadísticamente significativa con la prevalencia vital del trastorno obsesivo-compulsivo tras controlar el efecto de las demás variables predictoras ($p = 0,008$). De hecho, el signo del coeficiente de regresión (B) y el valor del exp(B) u OR de esa covariable indicaba que, controlando el efecto del resto de variables predictoras del modelo, a mayor edad, menor probabilidad de presentar un trastorno obsesivo-compulsivo ($B = -0,04$; $OR = 0,96$) o, lo que lo mismo, ser joven, controlando los efectos del resto de factores del modelo, incrementaba levemente el riesgo de haber padecido a lo largo de la vida un trastorno obsesivo-compulsivo. No obstante, esta relación debería tomarse con precaución dado que la prueba de significación del modelo de regresión en su conjunto resultó estadísticamente no significativa y, por tanto, dicha prueba podría considerarse como un control global de la posibilidad de haber cometido un error tipo I, es decir, de considerar como significativa una relación espuria entre una variable predictora individual y la variable criterio.

Tabla 7.22. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del trastorno obsesivo-compulsivo

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	0,275	0,464	0,496	1,317	0,596	2,906
Edad	-0,040	6,963	0,008	0,961	0,933	0,990
Tipo de víctima		0,613	0,736			
(1) Víctima directa	0,349	0,455	0,500	1,417	0,514	3,904
(2) Familiar de fallecido	-0,017	0,001	0,972	0,983	0,375	2,575
Tipo de atentado (masivo)	-0,631	1,101	0,294	0,532	0,164	1,729
Años desde el atentado	-0,001	0,003	0,960	0,999	0,947	1,053
Constante	-0,839	0,851	0,356	0,432		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

En relación con la prevalencia vital del **TEPT**, los resultados del análisis de regresión logística binaria indicaban que el conjunto de covariables del modelo de regresión estaba asociado significativamente con dicha prevalencia vital y era capaz de distinguir significativamente entre las víctimas que habían padecido en algún momento de su vida TEPT y las que no lo habían padecido, $\chi^2 = 61,64$, $p = 0,001$. Además, la prueba de Hosmer y Lemeshow arrojó un valor de χ^2 de 13,95 con un nivel de significación mayor de 0,05 ($p = 0,083$), lo cual suponía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. El modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del TEPT explicaba entre el 12,3% (R^2 de Cox y Snell = 0,123) y el 16,8% (R^2 de Nagelkerke = 0,168) de la variabilidad en la prevalencia vital de este trastorno, siendo clasificados correctamente un 89,9% de los casos, aunque este porcentaje era fundamentalmente debido al porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no habían padecido TEPT en ningún momento de su vida (ascendiendo el porcentaje al 89,9%), mientras que el porcentaje correctamente pronosticados de casos que sí habían padecido TEPT en algún momento de su vida fue del 31,6%.

Como se puede observar en la tabla 7.23, dos variables estaban contribuyendo de forma significativa al modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del TEPT: el sexo ($p = 0,001$) y el tipo de víctima ($p = 0,001$), siendo en este caso tanto la condición de víctima directa ($p = 0,001$) como la condición de familiar de fallecido ($p = 0,002$) las que estarían influyendo en las diferencias en la prevalencia vital del TEPT. Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los exp(B) u OR de esas covariables indicaban que: (a) las mujeres tenían casi tres veces más probabilidad de

haber padecido un TEPT a lo largo de su vida que los varones (OR = 2,96); (b) las víctimas directas tenían casi siete veces mayor probabilidad de haber sufrido un TEPT en algún momento de su vida que los familiares de los fallecidos o de los heridos/ilesos (OR = 6,88), y (c) los familiares de los fallecidos tenían una mayor probabilidad de haber sufrido un TEPT a lo largo de su vida que los familiares de los heridos o ilesos (OR = 2,52).

Tabla 7.23. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,087	19,766	0,001	2,965	1,836	4,787
Edad	-0,013	2,784	0,095	0,987	0,971	1,002
Tipo de víctima		37,876	0,001			
(1) Víctima directa	1,929	37,845	0,001	6,881	3,722	12,720
(2) Familiar de fallecido	0,925	10,072	0,002	2,522	1,424	4,465
Tipo de atentado (masivo)	0,286	1,087	0,297	1,331	0,777	2,280
Años desde el atentado	-0,007	0,257	0,612	0,993	0,966	1,020
Constante	-1,481	8,209	0,004	0,227		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

El siguiente trastorno cuya prevalencia vital fue analizada mediante regresión logística binaria fue la **agorafobia sin historia de trastorno de angustia**. Los resultados de este análisis revelaron que el conjunto de variables predictoras del modelo de regresión estaba asociado significativamente con la prevalencia vital de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia y era capaz de distinguir significativamente entre las víctimas que habían padecido agorafobia sin historia de trastorno de angustia en algún momento de su vida y las que no lo habían padecido, $\chi^2 = 29,49$, $p = 0,001$. Sin embargo, la prueba de Hosmer y Lemeshow arrojó un valor de χ^2 de 19,96 con un nivel de significación menor de 0,05 ($p = 0,010$), lo cual suponía rechazar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos e implicaba que el modelo, aunque capaz de discriminar de forma estadísticamente significativa entre las víctimas que habían padecido agorafobia sin historia de trastorno de angustia y las que no, podía no estar correctamente especificado en cuanto que podrían existir interacciones entre las variables predictoras o relaciones no lineales no contempladas. No obstante, dado el tamaño tan grande de la muestra de víctimas del presente estudio y la frecuencia tan grande de víctimas que habían sufrido de agorafobia sin historia de trastorno de

angustia, cabría la posibilidad de que la prueba de Hosmer y Lemeshow no fuera fiable en este caso (Allison, 2014).

El modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia explicaba entre el 6,1% (R^2 de Cox y Snell = 0,061) y el 12,9% (R^2 de Nagelkerke = 0,129) de la variabilidad en la prevalencia de este trastorno, siendo clasificados correctamente un 90,2% de los casos, aunque este porcentaje era fundamentalmente debido al porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no habían padecido el trastorno (ascendiendo el porcentaje al 100%), mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue del 0%.

Como se puede observar en la tabla 7.24, sólo una variable predictora estaba contribuyendo de forma significativa al modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia: el sexo ($p = 0,001$). Por otro lado, puesto que el signo de su coeficiente de regresión (B) era positivo y puesto que el valor de su $\exp(B)$ u OR era 3,505 (véase la tabla 7.24), estos resultados indicaban que las víctimas mujeres tenían 3,5 veces más probabilidad de haber padecido agorafobia sin historia de trastorno de angustia a lo largo de su vida que las víctimas varones.

Tabla 7.24. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,254	10,587	0,001	3,505	1,647	7,460
Edad	0,010	0,638	0,425	1,010	0,986	1,035
Tipo de víctima		3,593	0,166			
(1) Víctima directa	0,809	3,441	0,064	2,246	0,955	5,281
(2) Familiar de fallecido	0,301	0,418	0,518	1,351	0,543	3,361
Tipo de atentado (masivo)	0,755	3,144	0,076	2,128	0,924	4,902
Años desde el atentado	-0,026	1,293	0,256	0,974	0,931	1,019
Constante	-3,743	18,434	0,001	0,024		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

Los resultados de los análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de la **fobia social** revelaron que el modelo de regresión estaba relacionado

significativamente con dicha prevalencia y era capaz de distinguir entre las víctimas que habían padecido en algún momento de su vida fobia social y las que no la habían padecido, $\chi^2 = 14,43$, $p = 0,025$. Además, la prueba de Hosmer y Lemeshow arrojó un valor de χ^2 de 6,04 con un nivel de significación mayor de 0,05 ($p = 0,643$), lo cual suponía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. El modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de la fobia social explicaba entre el 3% (R^2 de Cox y Snell = 0,03) y el 7,5% (R^2 de Nagelkerke = 0,075) de la varianza en la prevalencia vital de este trastorno, siendo clasificados correctamente un 92,8% de los casos, aunque este porcentaje era fundamentalmente debido al porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no habían padecido fobia social en ningún momento de su vida (ascendiendo el porcentaje al 100%), mientras que el porcentaje correctamente pronosticados de casos que sí habían padecido fobia social en algún momento de su vida fue del 0%.

No obstante, aunque el conjunto de variables predictoras estaba relacionado significativamente con la prevalencia vital de la fobia social, ninguna de esas variables por separado, y tras controlar el efecto de las restantes, estaba asociada de forma estadísticamente significativa con la prevalencia vital del trastorno, tal y como se refleja en los estadísticos que se recogen en la tabla 7.25.

Tabla 7.25. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de la fobia social

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	0,252	0,428	0,513	1,287	0,604	2,739
Edad	-0,027	3,481	0,062	0,974	0,947	1,001
Tipo de víctima		2,344	0,310			
(1) Víctima directa	0,486	0,913	0,339	1,626	0,600	4,408
(2) Familiar de fallecido	0,784	2,334	0,127	2,189	0,801	5,981
Tipo de atentado (masivo)	0,647	1,736	0,188	1,911	0,729	5,005
Años desde el atentado	-0,019	0,495	0,482	0,982	0,932	1,034
Constante	-1,794	3,914	0,048	0,166		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

El séptimo trastorno cuya prevalencia vital fue analizado mediante regresión logística binaria fue la **fobia específica**. Los resultados de este análisis de regresión mostraron que las variables predictoras del modelo de regresión, en su conjunto, estaban relacionadas significativamente con la prevalencia vital de la fobia específica y era

capaz de distinguir entre las víctimas que habían padecido en algún momento de su vida fobia específica y las que no la habían padecido, $\chi^2 = 22,56$, $p = 0,001$. Además, la prueba de Hosmer y Lemeshow arrojó un valor de χ^2 de 3,97 con un nivel de significación mayor de 0,05 ($p = 0,860$), lo cual suponía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. El modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de la fobia específica explicaba entre el 4,7% (R^2 de Cox y Snell = 0,047) y el 8% (R^2 de Nagelkerke = 0,080) de la varianza en la prevalencia vital de este trastorno, siendo clasificados correctamente un 84% de los casos, aunque este porcentaje era fundamentalmente debido al porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no habían padecido fobia específica en ningún momento de su vida (ascendiendo el porcentaje al 100%), mientras que el porcentaje correctamente pronosticados de casos que sí habían padecido fobia específica en algún momento de su vida fue del 0%.

Como se puede observar en la tabla 7.26, sólo una variable predictora estaba contribuyendo de forma significativa al modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de la fobia específica: el sexo ($p = 0,036$). Por otro lado, puesto que el signo de su coeficiente de regresión (B) era positivo y puesto que el valor de su $\exp(B)$ u OR era 1,81 (véase la tabla 7.26), estos resultados indicaban que las víctimas mujeres tenían casi dos veces más probabilidad de haber padecido fobia específica a lo largo de su vida que las víctimas varones.

Tabla 7.26. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de la fobia específica

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	0,596	4,387	0,036	1,814	1,039	3,167
Edad	-0,013	1,671	0,196	0,987	0,968	1,007
Tipo de víctima		2,102	0,350			
(1) Víctima directa	0,394	1,245	0,264	1,482	0,743	2,958
(2) Familiar de fallecido	0,485	1,874	0,171	1,625	0,811	3,255
Tipo de atentado (masivo)	0,606	3,116	0,078	1,833	0,935	3,593
Años desde el atentado	-0,020	1,156	0,282	0,980	0,946	1,016
Constante	-1,529	5,644	0,018	0,217		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

El octavo y último trastorno específico cuya prevalencia vital fue examinada mediante análisis de regresión logística binaria fue el **trastorno de ansiedad generalizada**. Los resultados de este análisis revelaron que el modelo de regresión era incapaz de distinguir significativamente entre las víctimas que habían padecido un trastorno de ansiedad generalizada en algún momento de su vida y las que no ($\chi^2 = 9,40$, $p = 0,152$), de manera que, consistentemente y como puede verse en la tabla 7.27, el modelo no contenía predictores estadísticamente significativos.

Tabla 7.27. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del trastorno de ansiedad generalizada

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	0,177	0,335	0,563	1,194	0,655	2,175
Edad	-0,010	0,871	0,351	0,990	0,969	1,011
Tipo de víctima		0,359	0,836			
(1) Víctima directa	0,127	0,120	0,729	1,135	0,554	2,329
(2) Familiar de fallecido	-0,105	0,072	0,788	0,900	0,419	1,934
Tipo de atentado (masivo)	0,309	0,649	0,421	1,362	0,642	2,891
Años desde el atentado	-0,021	1,023	0,312	0,980	0,941	1,020
Constante	-1,273	3,263	0,071	0,280		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

En relación con la prevalencia vital de los grupos de trastornos, en primer lugar se realizó, como en el caso de la prevalencia puntual, un análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital del conjunto de **trastornos del estado de ánimo**. El modelo de regresión obtenido fue estadísticamente significativo, $\chi^2 = 37,18$ con $p = 0,001$, indicando que el conjunto de variables predictoras del mismo era capaz de distinguir entre las víctimas que habían sufrido en algún momento de su vida un trastorno del estado de ánimo y las que no lo habían sufrido. Además, cuando se analizó la bondad de ajuste del modelo mediante la prueba de Hosmer y Lemeshow, esta prueba obtuvo un valor de χ^2 de 8,74, con un nivel de significación mayor que 0,05 ($p = 0,364$), lo que indicaba que se debía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. Este modelo explicaba entre el 7,6% (R^2 de Cox y Snell = 0,076) y el 10,2% (R^2 de Nagelkerke = 0,102) de la variabilidad en la prevalencia vital de los trastornos del estado de ánimo, siendo clasificados correctamente un 63,4% de los casos, de manera que el porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no habían padecido un trastorno del estado de ánimo a lo largo de su vida fue de 77,4%, mientras que el

porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue de 45,9%.

Como se puede observar en la tabla 7.28, dos covariables estaban contribuyendo de forma estadísticamente significativa al modelo de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de los trastornos del estado de ánimo: el sexo ($p = 0,001$) y el tipo de víctima ($p = 0,003$), siendo en este caso la condición de víctima directa de un atentado la que estaría influyendo en las diferencias individuales en la presencia de trastornos del estado de ánimo a lo largo de la vida ($p = 0,001$). Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los exp(B) u OR de esas dos covariables indicaban que, controlando el resto de covariables del modelo de regresión, las víctimas mujeres tenían casi tres veces más probabilidad de haber padecido un trastorno del estado de ánimo en algún momento de su vida que las víctimas varones (OR = 2,86), y las víctimas directas tenían 2,5 veces mayor probabilidad de haber padecido uno de esos trastornos que los familiares de fallecidos o heridos/ilesos en los atentados (OR = 2,53).

Tabla 7.28. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de cualquier trastorno del estado de ánimo

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,051	22,547	0,001	2,861	1,854	4,414
Edad	-0,014	3,539	0,060	0,986	0,971	1,001
Tipo de víctima		11,324	0,003			
(1) Víctima directa	0,928	11,323	0,001	2,529	1,473	4,343
(2) Familiar de fallecido	0,430	2,738	0,098	1,537	0,924	2,559
Tipo de atentado (masivo)	0,175	0,443	0,506	1,191	0,712	1,994
Años desde el atentado	-0,010	0,607	0,436	0,990	0,964	1,016
Constante	-0,409	0,745	0,388	0,664		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

Respecto a la prevalencia vital de los **trastornos depresivos graves (trastorno depresivo mayor y trastorno distímico)**, el análisis de regresión logística binaria reveló que el conjunto de variables predictoras estaba relacionado de forma estadísticamente significativa con dicha prevalencia y era capaz de distinguir entre las víctimas del terrorismo que habían padecido en algún momento de su vida un trastorno depresivo grave y las que no lo habían padecido, $\chi^2 = 34,15$, $p = 0,001$. Consistentemente, la prueba de Hosmer y Lemeshow obtuvo un valor de $\chi^2 = 5,51$, con un nivel de significación mayor que 0,05 ($p = 0,702$), indicando que se debía aceptar la

hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. Este modelo explicaba entre el 7% (R^2 de Cox y Snell = 0,070) y el 9,4% (R^2 de Nagelkerke = 0,094) de la variabilidad en la prevalencia vital de los trastornos depresivos graves, siendo clasificados correctamente un 63% de los casos, con un porcentaje de pronósticos correctos de 85,1% en los casos que no habían padecido un trastorno depresivo grave a lo largo de su vida y un porcentaje de pronóstico correctos de 31,8% en los casos que sí habían padecido un trastorno depresivo grave.

Los resultados de ese análisis de regresión logística binaria que se recogen en la tabla 7.29 indicaban que dos covariables predecían de forma estadísticamente significativa la prevalencia vital de los trastornos depresivos graves: el sexo ($p = 0,001$) y el tipo de víctima ($p = 0,007$), siendo de nuevo la condición de víctima directa del atentado la que estaría influyendo en las diferencias individuales en la presencia actual de trastornos depresivos graves ($p = 0,002$). Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los exp(B) u OR de esas dos covariables indicaban que, controlando el resto de covariables del modelo de regresión: (a) las mujeres tenían casi tres veces más probabilidad de padecer un trastorno depresivo grave que los varones (OR = 2,72), y (b) las víctimas directas tenían 2,3 veces mayor probabilidad de padecer uno de esos trastornos que los familiares de fallecidos o heridos/ilesos en los atentados (OR = 2,29).

Tabla 7.29. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de cualquier trastorno depresivo grave (trastorno depresivo mayor o trastorno distímico)

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,002	20,436	0,001	2,723	1,764	4,205
Edad	-0,011	1,996	0,158	0,989	0,975	1,004
Tipo de víctima		9,091	0,011			
(1) Víctima directa	0,830	9,086	0,003	2,294	1,337	3,936
(2) Familiar de fallecido	0,380	2,107	0,147	1,462	0,875	2,443
Tipo de atentado (masivo)	0,273	1,078	0,299	1,314	0,785	2,202
Años desde el atentado	-0,009	0,488	0,485	0,991	0,965	1,017
Constante	-0,687	2,062	0,151	0,503		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

En relación con los **trastornos de ansiedad**, los resultados indicaban que el conjunto de variables predictoras estaba relacionado significativamente con la

prevalencia vital de los trastornos de ansiedad y era capaz de distinguir entre las víctimas que habían padecido uno o varios trastornos de ansiedad a lo largo de su vida y las que no lo habían padecido, $\chi^2 = 57,65$, $p = 0,001$. Los resultados de la prueba de Hosmer y Lemeshow también apoyaban la plausibilidad del modelo de regresión ya que obtuvo un valor de $\chi^2 = 3,58$, con un nivel de significación mayor que 0,05 ($p = 0,893$), lo que significaba que se debía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. Este modelo explicaba entre el 11,5% (R^2 de Cox y Snell = 0,115) y el 15,5% (R^2 de Nagelkerke = 0,155) de la variabilidad en la prevalencia vital de los trastornos de ansiedad, siendo clasificados correctamente un 64,5% de los casos, de manera que el porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no habían sufrido trastornos de ansiedad a lo largo de su vida era de un 54,8%, mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue de 72,1%.

Tal y como refleja la tabla 7.30, cuatro variables predictoras estaban contribuyendo de forma significativa al modelo de regresión sobre la prevalencia vital de los trastornos de ansiedad: el sexo ($p = 0,001$), la edad ($p = 0,029$), el tipo de atentado ($p = 0,025$) y el tipo de víctima ($p = 0,001$), siendo en este caso la condición de víctima directa ($p = 0,001$) la que estaría relacionada con las diferencias en la prevalencia vital de los trastornos de ansiedad. Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los $\exp(B)$ u OR de las covariables relacionadas significativamente con la prevalencia vital de los trastornos de ansiedad indicaban que, controlando el resto de covariables del modelo de regresión: (a) las víctimas mujeres tenían más de tres veces mayor probabilidad de haber padecido un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida que las víctimas varones (OR = 3,32); (b) las víctimas directas tenían también más de tres veces mayor probabilidad de haber padecido un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida que los familiares de fallecidos o heridos/ilesos en los atentados (OR = 3,49); (c) las víctimas que habían sufrido un atentado masivo tenían casi el doble de probabilidad de haber padecido un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida que las víctimas que habían sufrido un atentado no masivo (OR = 1,84), y (d) las víctimas de más edad tenían ligeramente menor probabilidad de haber padecido un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida que las víctimas de menos edad (B = -0,017; OR = 0,98), es decir, que ser menor edad era un factor que entre las víctimas aumentaba levemente la probabilidad de haber sufrido un trastorno de ansiedad en algún momento de la vida.

Tabla 7.30. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de cualquier trastorno de ansiedad

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,199	26,956	0,001	3,316	2,109	5,214
Edad	-0,017	4,779	0,029	0,983	0,968	0,998
Tipo de víctima		18,847	0,001			
(1) Víctima directa	1,251	18,790	0,001	3,493	1,984	6,149
(2) Familiar de fallecido	0,507	3,749	0,053	1,660	0,994	2,773
Tipo de atentado (masivo)	0,611	5,007	0,025	1,842	1,079	3,144
Años desde el atentado	-0,009	0,434	0,510	0,991	0,966	1,017
Constante	-0,146	0,093	0,760	0,864		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

Considerando únicamente los **trastornos de ansiedad distintos del TEPT**, los resultados del análisis de regresión logística binaria sobre su prevalencia vital revelaron que el conjunto de variables predictoras estaba relacionado significativamente con dicha prevalencia y era capaz de distinguir entre las víctimas que habían padecido uno o varios trastornos de ansiedad distintos del TEPT en algún momento de su vida y las víctimas que no habían padecido nunca un trastorno de ansiedad distinto del TEPT ($\chi^2 = 49,41$, $p = 0,001$). Los resultados de la prueba de Hosmer y Lemeshow también apoyaban la plausibilidad del modelo de regresión ya que obtuvo un valor de $\chi^2 = 5,88$, con un nivel de significación mayor que 0,05 ($p = 0,660$), lo que significaba que se debía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. Este modelo explicaba entre el 10% (R^2 de Cox y Snell = 0,100) y el 13,3% (R^2 de Nagelkerke = 0,133) de la variabilidad en la prevalencia vital de los trastornos de ansiedad distintos del TEPT, siendo clasificados correctamente un 65,3% de los casos, de manera que el porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no habían padecido trastornos de ansiedad distintos del TEPT a lo largo de la vida era de un 74,9%, mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue del 54%.

Tal y como refleja la tabla 7.31, tres variables predictoras estaban relacionadas significativamente con la prevalencia vital de los trastornos de ansiedad distintos del TEPT controlando el resto de variables predictoras del modelo de regresión: el sexo ($p = 0,001$), la edad ($p = 0,001$) y el hecho de ser víctima directa ($p = 0,042$). Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los exp(B) u OR de esas variables indicaban que: (a) las víctimas mujeres tenían 2,6 veces mayor probabilidad de haber

padecido a lo largo de su vida un trastorno de ansiedad distinto del TEPT que las víctimas varones (OR = 2,62); (b) las víctimas directas tenían casi el doble de probabilidad de haber padecido en algún momento de su vida un trastorno de ansiedad distinto del TEPT que los familiares de fallecidos o heridos/ilesos en los atentados (OR = 1,74), y (c) las víctimas de más edad tenían menor probabilidad de haber padecido a lo largo de su vida trastorno de ansiedad distinto del TEPT que las víctimas de menos edad (B = -0,025; OR = 0,97), es decir, que ser menor edad era un factor que entre las víctimas aumentaba levemente la probabilidad de haber presentado en algún momento de su vida un trastorno de ansiedad distinto del TEPT.

Tabla 7.31. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de cualquier trastorno de ansiedad distinto del trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	0,962	19,213	0,001	2,616	1,702	4,022
Edad	-0,025	10,988	0,001	0,975	0,960	0,990
Tipo de víctima		4,406	0,110			
(1) Víctima directa	0,556	4,132	0,042	1,744	1,020	2,982
(2) Familiar de fallecido	0,379	2,113	0,146	1,460	0,876	2,433
Tipo de atentado (masivo)	0,311	1,384	0,239	1,365	0,813	2,293
Años desde el atentado	-0,020	2,356	0,125	0,980	0,954	1,006
Constante	0,589	1,534	0,216	1,803		

Nota. En negrita los valores *p* (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con *p* < 0,05.

Por último, se llevó a cabo una regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de **cualquier trastorno psicológico**. Los resultados de este análisis mostraron que el conjunto de variables predictoras del modelo de regresión estaba relacionado significativamente con la prevalencia vital de los trastornos psicológicos y era capaz de distinguir entre las víctimas que habían padecido uno o varios trastornos psicológicos a lo largo de su vida y las que no habían padecido ningún trastorno psicológico ($\chi^2 = 44,01$, $p = 0,001$). Los resultados de la prueba de Hosmer y Lemeshow también apoyaban la plausibilidad del modelo de regresión ya que obtuvo un valor de $\chi^2 = 8,42$, con un nivel de significación mayor que 0,05 ($p = 0,393$), lo que significaba que se debía aceptar la hipótesis nula de que el modelo se ajustaba a los datos. Este modelo explicaba entre el 8,9% (R^2 de Cox y Snell = 0,089) y el 12,3% (R^2 de Nagelkerke = 0,123) de la variabilidad en la prevalencia vital de los trastornos psicológicos, siendo

clasificados correctamente un 65,5% de los casos; en concreto, el porcentaje de pronósticos correctos de los casos que no habían padecido ningún trastorno psicológico a lo largo de su vida fue de 21%, mientras que el porcentaje de casos positivos correctamente pronosticados fue de 89%.

Tal y como se puede observar en la tabla 7.32, los resultados del análisis de regresión señalaban que había tres variables predictoras que estaban relacionadas significativamente con la prevalencia vital de los trastornos psicológicos controlando el resto de variables predictivas del modelo de regresión: el sexo ($p = 0,001$), la edad ($p = 0,034$) y el tipo de víctima ($p = 0,010$), siendo en este caso la condición de víctima directa la que estaría relacionada con las diferencias individuales en la presencia a lo largo de la vida de un trastorno psicológico ($p = 0,003$). Los signos de los coeficientes de regresión (B) y los valores de los $\exp(B)$ u OR de esas variables indicaban que: (a) las víctimas mujeres tenían casi triple de probabilidad de haber padecido en algún momento de su vida un trastorno psicológico que las víctimas varones (OR = 2,93); (b) las víctimas directas tenían más del doble de probabilidad de haber sufrido a lo largo de su vida un trastorno psicológico que los familiares de fallecidos o heridos/ilesos en atentados (OR = 2,40), y (c) las víctimas de más edad tenían menor probabilidad de haber padecido en algún momento de su vida un trastorno psicológico que las víctimas de menos edad ($B = -0,017$; OR = 0,98), es decir, que ser menor edad era un factor que entre las víctimas aumentaba levemente la probabilidad de haber sufrido un trastorno psicológico a lo largo de su vida.

Tabla 7.32. Resultados del análisis de regresión logística binaria sobre la prevalencia vital de cualquier trastorno psicológico

Variables	B	Wald	Sig.	Exp(B)	I. C. 95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Sexo (mujer)	1,076	21,208	0,001	2,933	1,855	4,636
Edad	-0,017	4,476	0,034	0,983	0,968	0,999
Tipo de víctima		9,145	0,010			
(1) Víctima directa	0,875	8,947	0,003	2,400	1,352	4,259
(2) Familiar de fallecido	0,294	1,207	0,272	1,342	0,794	2,269
Tipo de atentado (masivo)	0,498	3,030	0,082	1,645	0,939	2,882
Años desde el atentado	-0,015	1,261	0,261	0,985	0,959	1,011
Constante	0,754	2,366	0,124	2,126		

Nota. En negrita los valores p (Sig.) de los coeficientes de regresión estadísticamente significativos con $p < 0,05$.

7.5. Variables relacionadas con la prevalencia puntual y vital de los trastornos psicológicos en las víctimas de atentados terroristas

A modo de resumen, en la tabla 7.33 se presentan las variables que, según los resultados de los análisis de regresión logística binarios presentados en los dos apartados anteriores, estaban relacionadas de forma estadísticamente significativa con la prevalencia puntual o vital de los diferentes trastornos psicológicos y grupos de trastornos psicológicos evaluados en el estudio empírico de la presente tesis doctoral y para los cuales se contaba con una muestra de víctimas razonable que disminuyera el riesgo de encontrar resultados sesgados o incongruentes (los trastornos psicológicos que mostraban frecuencias mayores de 5 víctimas por cada covariable, es decir, los trastornos psicológicos con frecuencias mayores de 30). En dicha tabla, se puede observar que, en general, el sexo, el hecho de ser víctima herida y la edad, por este orden, eran las tres variables que más se relacionaban con la prevalencia puntual o vital de los trastornos psicológicos en las víctimas del terrorismo.

7.6. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de su sexo

a) Prevalencia puntual

En la tabla 7.34 se presenta la prevalencia puntual, en función del sexo de las víctimas, de los trastornos psicológicos específicos evaluados en esta investigación. Teniendo en cuenta los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos específicos y que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.34 que, aunque en general, los trastornos psicológicos fueron más frecuentes en las víctimas mujeres que en las víctimas varones, tales diferencias fueron estadísticamente significativas, controlando el efecto de otras variables como el tipo de víctima, la edad, el tipo de atentado o el tiempo transcurrido desde el atentado (véase la tabla 7.33), tan sólo en los siguientes trastornos: trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia con o sin agorafobia, TEPT y fobia específica.

Tabla 7.33. Covariables estadísticamente significativas en los análisis de regresión logística binaria realizados sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos

Trastorno o grupo de trastornos psicológicos	Covariables					
	Sexo (mujer)	Edad	Víctima directa	Familiar de fallecido	Tipo de atentado (masivo)	Años desde el atentado
Prevalencia puntual						
- T. depresivo mayor	✓		✓			
- T. de angustia con/sin agorafobia	✓	✓	✓			
- TEPT	✓	✓	✓			
- Fobia social*						
- Fobia específica	✓				✓	
- T. de ansiedad generalizada						
- TT. del estado de ánimo	✓		✓			
- TT. depresivos graves	✓		✓			
- TT. de ansiedad	✓	✓	✓	✓		
- TT. de ansiedad sin TEPT	✓	✓	✓			
- Cualquier trastorno psicológico	✓	✓	✓	✓		
Prevalencia vital						
- T. depresivo mayor	✓		✓			
- T. de angustia con/sin agorafobia	✓	✓				
- TEPT	✓		✓	✓		
- T. obsesivo-compulsivo*		✓				
- Agorafobia sin t. de angustia*	✓					
- Fobia social*						
- Fobia específica	✓					
- T. de ansiedad generalizada						
- TT. del estado de ánimo	✓		✓			
- TT. depresivos graves	✓		✓			
- TT. de ansiedad	✓	✓	✓		✓	
- TT. de ansiedad sin TEPT	✓	✓	✓			
- Cualquier trastorno psicológico	✓	✓	✓			

Nota. Para todos los trastornos o grupos de trastornos psicológicos el tamaño de la muestra cumplía el criterio de una proporción de eventos de interés por covariable mayor que 10 ($n > 60$), menos los marcados con un asterisco (*) para los cuales el tamaño de la muestra cumplía el criterio de una proporción de eventos de interés por covariable entre 5 y 9 ($60 \geq n > 30$). T.: trastorno. TT.: trastornos. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

Tabla 7.34. Prevalencia puntual de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según su sexo

Trastorno	Frecuencia en hombres (n = 240)	Prevalencia puntual en hombres (%)	Frecuencia en mujeres (n = 267)	Prevalencia puntual en mujeres (%)
Trastorno depresivo mayor	29	12,1	62	23,2
Trastorno distímico	7	2,9	18	6,7
Trastorno bipolar I	5	2,1	3	1,1
Trastorno bipolar II	0	0,0	2	0,7
Trastorno ciclotímico	0	0,0	0	0,0
Trastorno del estado de ánimo por enfermedad médica	1	0,4	2	0,7
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias	0	0,0	0	0,0
T. depresivo no especificado	0	0,0	0	0,0
T. de angustia con/sin agorafobia	22	9,2	46	17,2
- Con agorafobia	20	8,3	26	9,7
- Sin agorafobia	2	0,8	20	7,5
Trastorno obsesivo-compulsivo	11	4,6	17	6,4
Trastorno por estrés postraumático	54	22,5	82	30,7
Agorafobia sin t. de angustia	5	2,1	22	8,2
Fobia social	14	5,8	16	6,0
Fobia específica	27	11,3	49	18,4
Trastorno de ansiedad generalizada	26	10,8	34	12,7
T. de ansiedad no especificado	7	2,9	8	3,0
Trastorno de ansiedad por enfermedad médica	0	0,0	2	0,7
T. de ansiedad por sustancias	0	0,0	0	0,0
Trastorno adaptativo	11	4,6	4	1,5

Nota. T.: trastorno.

En concreto, en la muestra de víctimas de atentados terroristas de la presente investigación se encontró que la prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en las mujeres era significativamente mayor que en los varones (23,2% frente a 12,1%), como también lo era la prevalencia puntual del trastorno de angustia con o sin agorafobia (17% en mujeres frente a 9,1% en varones), la prevalencia puntual del TEPT (30,7% en mujeres frente a 22,5% en varones) y la prevalencia puntual de la fobia específica (18,4% en mujeres frente a 11,3% en varones), oscilando las diferencias entre sexos, sin ajustar, entre 11 puntos porcentuales (trastorno depresivo mayor) y 7 puntos porcentuales (fobia específica).

Por otro lado, en la tabla 7.35 se presenta la prevalencia puntual, en función del sexo de las víctimas, de los grupos de trastornos psicológicos evaluados en esta investigación. Teniendo en cuenta los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos y que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.35 que los distintos grupos de trastornos psicológicos fueron también más frecuentes en las víctimas mujeres que en las víctimas varones.

Tabla 7.35. Prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según su sexo

Grupo de trastornos	Frecuencia en hombres (n = 240)	Prevalencia puntual en hombres (%)	Frecuencia en mujeres (n = 267)	Prevalencia puntual en mujeres (%)
Trastornos del estado de ánimo	40	16,7	81	30,3
Trastornos depresivos graves (depresivo mayor y distímico)	34	14,2	74	27,7
Trastornos de ansiedad	84	35,0	143	53,6
Trastornos de ansiedad distintos del TEPT	66	27,5	120	44,9
Cualquier trastorno psicológico	98	40,8	157	58,8

Nota. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

En particular, tanto en los trastornos del estado del ánimo como en los trastornos

depresivos graves, las prevalencias puntuales fueron significativamente mayores en las víctimas mujeres que en las víctimas varones, las cuales, sin ajuste, casi duplicaban a las encontradas entre las víctimas varones (30,3% frente a 16,7% y 27,7% frente a 14,2%, respectivamente). En cuanto a los trastornos de ansiedad, la prevalencia puntual de esos trastornos en su conjunto fue también significativamente mayor en las mujeres que en los varones, tanto contando al TEPT (53,6% frente a 35%) como sin contarlo (44,9% frente a 27,5%), y con diferencias entre sexos no ajustadas que se aproximaban a 17-18 puntos porcentuales. Respecto al hecho general de padecer algún trastorno psicológico, de nuevo la prevalencia puntual fue significativamente mayor en las mujeres que en los varones, alcanzando una diferencia no ajustada de 18 puntos porcentuales (58,8% frente a 40,8%).

b) Prevalencia vital

En la tabla 7.36 se presenta la prevalencia vital de los trastornos psicológicos específicos en función del sexo de las víctimas. Teniendo en cuenta los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia vital de los trastornos psicológicos que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.36 que, aunque de nuevo y en general, los trastornos psicológicos habían sido más frecuentes en las víctimas mujeres que en las víctimas varones, tales diferencias fueron estadísticamente significativas, controlando el efecto de otras variables como el tipo de víctima, la edad, el tipo de atentado o el tiempo transcurrido desde el atentado (véase la tabla 7.33), tan sólo en los siguientes trastornos psicológicos: trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia con o sin agorafobia, TEPT, agorafobia sin historia de trastorno de angustia y fobia específica. Así, en la muestra de víctimas de atentados terroristas de la presente investigación se encontró que la prevalencia vital del trastorno depresivo mayor en las mujeres era significativamente mayor que en los varones (46,1% frente a 29,6%), como también lo era la prevalencia vital del trastorno de angustia con o sin agorafobia (25,1% en mujeres frente a 17,1% en varones), la prevalencia vital del TEPT (42,7% en mujeres frente a 31,7% en varones), la prevalencia vital de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia (13,5% en mujeres frente a 5% en varones) y la prevalencia vital de la fobia específica (19,5% en mujeres frente a 12,1% en varones), oscilando las diferencias entre sexos, sin ajustar, entre 16 puntos porcentuales (trastorno depresivo mayor) y 7 puntos porcentuales (fobia específica).

Tabla 7.36. Prevalencia vital de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según su sexo

Trastorno	Frecuencia en hombres (<i>n</i> = 240)	Prevalencia vital en hombres (%)	Frecuencia en mujeres (<i>n</i> = 267)	Prevalencia vital en mujeres (%)
Trastorno depresivo mayor	71	29,6	123	46,1
Trastorno distímico	7	2,9	18	6,7
Trastorno bipolar I	5	2,1	3	1,1
Trastorno bipolar II	0	0,0	2	0,7
Trastorno ciclotímico	0	0,0	0	0,0
Trastorno del estado de ánimo por enfermedad médica	3	1,3	4	1,5
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias	0	0,0	2	0,7
T. depresivo no especificado	0	0,0	0	0,0
T. de angustia con/sin agorafobia	41	17,1	67	25,1
- Con agorafobia	28	11,7	36	13,5
- Sin agorafobia	13	5,4	31	11,6
Trastorno obsesivo-compulsivo	15	6,3	19	7,1
Trastorno por estrés postraumático	76	31,7	114	42,7
Agorafobia sin t. de angustia	12	5,0	36	13,5
Fobia social	15	6,3	21	7,9
Fobia específica	29	12,1	52	19,5
Trastorno de ansiedad generalizada	28	11,7	35	13,1
T. de ansiedad no especificado	8	3,3	9	3,4
T. de ansiedad por enfermedad médica	0	0,0	2	0,7
T. de ansiedad por sustancias	0	0,0	0	0,0
Trastorno adaptativo	11	4,6	4	1,5

Nota. T.: trastorno.

Por otro lado, en la tabla 7.37 se presenta la prevalencia vital, en función del sexo de las víctimas, de los grupos de trastornos psicológicos evaluados en esta investigación. Teniendo en cuenta los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos y que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.37 que los distintos grupos de trastornos psicológicos habían sido también más frecuentes en las víctimas mujeres que en las víctimas varones. En particular, tanto respecto a los trastornos del estado del ánimo como respecto a los trastornos depresivos graves, las prevalencias vitales fueron significativamente mayores en las mujeres que en los varones (52,8% frente a 35% y 49,8% frente a 31,7%, respectivamente), con diferencias entre sexos que se aproximaban a 17-18 puntos porcentuales. En cuanto a los trastornos de ansiedad, la prevalencia vital de esos trastornos en su conjunto fue también significativamente mayor en las víctimas mujeres que en las víctimas varones, tanto teniendo en cuenta el TEPT (64% frente a 45,8%) como sin tenerlo en cuenta (53,6% frente a 35,8%), y con diferencias entre sexos que se aproximaban a 17-18 puntos porcentuales. Respecto al hecho general de padecer algún trastorno psicológico, de nuevo la prevalencia puntual fue significativamente mayor en las mujeres que en los varones, alcanzando una diferencia no ajustada de 17 puntos porcentuales (73,4% frente a 56,3%).

Tabla 7.37. Prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según su sexo

Grupo de trastornos	Frecuencia en hombres (<i>n</i> = 240)	Prevalencia vital en hombres (%)	Frecuencia en mujeres (<i>n</i> = 267)	Prevalencia vital en mujeres (%)
Trastornos del estado de ánimo	84	35,0	141	52,8
Trastornos depresivos graves (depresivo mayor y distímico)	76	31,7	133	49,8
Trastornos de ansiedad	110	45,8	171	64,0
Trastornos de ansiedad distintos del TEPT	86	35,8	143	53,6
Cualquier trastorno psicológico	135	56,3	196	73,4

Nota. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

7.7. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tipo de víctima

a) Prevalencia puntual

En la tabla 7.38 se presenta la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos específicos en función del tipo de víctima del terrorismo: víctima directa, familiar de fallecido en un atentado terrorista y familiar de herido o ileso en un atentado terrorista. Teniendo en cuenta los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos y que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.38 que, aunque en general, los trastornos psicológicos fueron más frecuentes en las víctimas directas que en los familiares de fallecidos o en los familiares de heridos o ilesos, especialmente respecto a estos últimos, esas diferencias solo fueron estadísticamente significativas, controlando el efecto de otras variables como el sexo, la edad, el tipo de atentado o el tiempo transcurrido desde el atentado (véase la tabla 7.33), en el caso del trastorno depresivo mayor, del trastorno de angustia con/sin agorafobia y del TEPT.

En concreto, y tal y como refleja la tabla 7.38, el trastorno depresivo mayor fue más frecuente en las víctimas directas (22,2%) que en los familiares de fallecidos (16,4%), y aún más que en los familiares de heridos o ilesos (13,2%). El trastorno de angustia (con o sin agorafobia) fue ligeramente más frecuente en las víctimas directas (14,8%) que en los familiares de fallecidos (12,1%) o en los familiares de heridos o ilesos (11,6%). Finalmente, el TEPT fue el trastorno en el que se encontró una diferencia más grande, en cuanto a su prevalencia puntual, entre las víctimas directas y los familiares de fallecidos o los familiares de heridos/ilesos, de manera que frente a estos últimos duplicó su prevalencia puntual (35,8% frente a 17,8%) y frente a los familiares de fallecidos se encontró una diferencia de más de 13 puntos porcentuales (35,8% frente a 22,4%).

En la tabla 7.39 se presenta la prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos evaluados en función del tipo de víctima de atentado terrorista. Teniendo en cuenta los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia puntual de

los grupos de trastornos psicológicos y que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.39 que los distintos grupos de trastornos psicológicos fueron más frecuentes en las víctimas directas que en los familiares de fallecidos y en los familiares de heridos o ilesos, y más frecuentes en los familiares de fallecidos que en los familiares de heridos o ilesos. Así, en los trastornos del estado del ánimo y en los trastornos depresivos graves las prevalencias puntuales fueron significativamente mayores en víctimas directas (27,8% y 25%, respectivamente) que en familiares de fallecidos (24,8% y 21,2%, respectivamente) o en familiares de heridos o ilesos (16,3% y 15,5%, respectivamente), en los cuales hubo unas prevalencias que fueron, sin ajustar, 3-4 y 11-9 puntos porcentuales más bajas que en los primeros, respectivamente. En cuanto a los trastornos de ansiedad, la prevalencia puntual de esos trastornos en su conjunto fue significativamente mayor en víctimas directas (51,1%) que en familiares de fallecidos (44,2%) o en familiares de heridos o ilesos (37,2%), con unas diferencias, sin ajustar, de 7-14 puntos porcentuales; es más, también la diferencia en la prevalencia puntual entre familiares de fallecidos y familiares de heridos o ilesos fue estadísticamente significativa alcanzando, sin ajustar, 7 puntos porcentuales. Resultado parecido se obtuvo cuando no se consideró al TEPT entre los trastornos de ansiedad, de manera que la prevalencia puntual de los trastornos de ansiedad sin el TEPT fue significativamente mayor en víctimas directas (38,6%) que en familiares de fallecidos (37%) o en familiares de heridos o ilesos (34,1%), con unas diferencias, sin ajustar, de 2-4 puntos porcentuales, aunque en este caso la diferencia entre víctimas directas y familiares de fallecidos no fue estadísticamente significativa. En cuanto al hecho general de padecer algún trastorno psicológico, de nuevo la prevalencia fue significativamente mayor en víctimas directas (56,8%) que en familiares de fallecidos (49,7%) y en familiares de heridos o ilesos (41,9%), con unas diferencias, sin ajustar, de 7-15 puntos porcentuales, y, de nuevo, la diferencia en la prevalencia puntual entre familiares de fallecidos y familiares de heridos también fue estadísticamente significativa, alcanzando, sin ajustar, casi 8 puntos porcentuales.

Tabla 7.38. Prevalencia puntual de los trastornos psicológicos según el tipo de víctima de atentado terrorista

Trastorno	Frecuencia en las víctimas directas (n = 176)	Prevalencia puntual en las víctimas directas (%)	Frecuencia en los familiares de fallecidos (n = 165)	Prevalencia puntual en los familiares de fallecidos (%)	Frecuencia en los familiares de heridos o ilesos (n = 129)	Prevalencia puntual en los familiares de heridos o ilesos (%)
Trastorno depresivo mayor	39	22,2	27	16,4	17	13,2
Trastorno distímico	6	3,4	14	8,5	3	2,3
Trastorno bipolar I	3	1,7	4	2,4	0	0,0
Trastorno bipolar II	1	0,6	1	0,6	0	0,0
Trastorno ciclotímico	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. del estado de ánimo debido a enfermedad médica	1	0,6	1	0,6	1	0,8
T. del estado de ánimo inducido por sustancias	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trastorno depresivo no especificado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trastorno de angustia con/sin agorafobia	26	14,8	20	12,1	15	11,6
- Con agorafobia	21	11,9	10	6,1	9	7,0
- Sin agorafobia	5	2,8	10	6,1	6	4,7
Trastorno obsesivo-compulsivo	9	5,1	8	4,8	9	7,0
Trastorno por estrés postraumático	63	35,8	37	22,4	23	17,8
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	12	6,8	9	5,5	5	3,9

Trastorno	Frecuencia en las víctimas directas (n = 176)	Prevalencia puntual en las víctimas directas (%)	Frecuencia en los familiares de fallecidos (n = 165)	Prevalencia puntual en los familiares de fallecidos (%)	Frecuencia en los familiares de heridos o ilesos (n = 129)	Prevalencia puntual en los familiares de heridos o ilesos (%)
Fobia social	13	7,4	8	4,8	7	5,4
Fobia específica	28	15,9	25	15,2	17	13,2
Trastorno de ansiedad generalizada	23	13,1	16	9,7	16	12,4
Trastorno de ansiedad no especificado	8	4,5	2	1,2	4	3,1
Trastorno de ansiedad por enfermedad médica	0	0,0	1	0,6	0	0,0
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Trastorno adaptativo	6	3,4	6	3,6	2	1,6

Nota. T.: trastorno.

Tabla 7.39. Prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos según el tipo de víctima de atentado terrorista

Grupo de trastornos	Frecuencia en las víctimas directas (<i>n</i> = 176)	Prevalencia puntual en las víctimas directas (%)	Frecuencia en los familiares de fallecidos (<i>n</i> = 165)	Prevalencia puntual en los familiares de fallecidos (%)	Frecuencia en los familiares de heridos o ilesos (<i>n</i> = 129)	Prevalencia puntual en los familiares de heridos o ilesos (%)
Trastornos del estado de ánimo	49	27,8	41	24,8	21	16,3
Trastornos depresivos graves (depresivo mayor y distímico)	44	25	35	21,2	20	15,5
Trastornos de ansiedad	90	51,1	73	44,2	48	37,2
Trastornos de ansiedad distintos del TEPT	68	38,6	61	37,0	44	34,1
Cualquier trastorno psicológico	100	56,8	82	49,7	54	41,9

Nota. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

b) Prevalencia vital

En la tabla 7.40 se presenta la prevalencia vital de los trastornos psicológicos específicos en función del tipo de víctima de atentado terrorista. Teniendo en cuenta los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia vital de los trastornos psicológicos y que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.40 que, en general, los trastornos psicológicos fueron más frecuentes en las víctimas heridas que en los familiares de fallecidos o en los familiares de heridos, especialmente respecto a estos últimos; sin embargo, esas diferencias solo fueron estadísticamente significativas, controlando el efecto de otras variables como el sexo, la edad, el tipo de atentado o el tiempo transcurrido desde el atentado (véase la tabla 7.33), en el caso del trastorno depresivo mayor y del TEPT. Así, y tal y como refleja la tabla 7.40, el trastorno depresivo mayor fue más frecuente a nivel vital en las víctimas directas (42,6%) que en los familiares de fallecidos (36,4%) o en los familiares de heridos o ilesos (35,7%), con diferencias, sin ajustar, que se aproximaban a 6-7 puntos porcentuales. Respecto al TEPT, las diferencias entre las víctimas heridas y los familiares de fallecidos o los familiares de heridos en cuanto a su prevalencia vital fueron más grandes; en concreto, la prevalencia vital del TEPT en las víctimas directas duplicó con creces a la obtenida en los familiares de los heridos o ilesos, ambas sin ajustar (50,6% frente a 20,9%), y, en comparación a la obtenida en los familiares de fallecidos, se encontró una diferencia de más de 15 puntos porcentuales (50,6% frente a 35,2%). Es más, en el caso del TEPT, los resultados de los análisis de regresión logística binaria también indicaron que la diferencia de 14 puntos porcentuales de prevalencia vital entre los familiares de fallecidos y los familiares de heridos o ilesos fue estadísticamente significativa (35,2% frente a 20,9%).

En la tabla 7.41 se presenta la prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos evaluados en función del tipo de víctima de atentado terrorista. Teniendo en cuenta los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos y que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.41 que los distintos grupos de trastornos psicológicos fueron significativamente más frecuentes a nivel vital en las víctimas directas que en los familiares de fallecidos o en los familiares de heridos/ilesos, y, en el caso de los trastornos de ansiedad, más frecuentes en los familiares de fallecidos que en los familiares de

heridos o ilesos. Así, en los trastornos del estado del ánimo y en los trastornos depresivos graves las prevalencias vitales fueron mayores en víctimas directas (48,9% y 45,5%, respectivamente) que en familiares de fallecidos (44,2% y 41,2%, respectivamente) o en familiares de heridos o ilesos (38,8% y 36,4%). En los trastornos de ansiedad, la prevalencia vital de esos trastornos en su conjunto fue mayor en víctimas directas (63,1%) que en familiares de fallecidos (53,9%), con una diferencia de 9 puntos porcentuales, y también fue mayor en estos dos tipos de víctimas que en los familiares de heridos o ilesos (48,1%), con unas diferencias de 6-15 puntos porcentuales. Sin contar el TEPT, de nuevo la prevalencia vital de los trastornos de ansiedad fue mayor en víctimas directas que en familiares de fallecidos y en familiares de heridos/ilesos (46,6% frente a 45,5% y 45%). En cuanto al hecho de haber tenido uno o más trastornos psicológico a lo largo de la vida, de nuevo la prevalencia fue significativamente mayor en víctimas directas (69,9%) que en familiares de fallecidos (63%) o en familiares de heridos/ilesos (63,8%), con unas diferencias de aproximadamente 7 puntos porcentuales entre la prevalencia vital del primer tipo de víctimas y la prevalencia de los dos restantes tipos de víctimas.

7.8. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de su edad

a) Prevalencia puntual

Para examinar con más detalle la relación de la edad con la prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas del terrorismo, se crearon cinco grupos de víctimas en función de su edad: de 18 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 49 años, de 50 a 64 años y de 65 años o más. En la tabla 7.42 se presenta la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos específicos para cada uno de esos grupos. Sobre la base de los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.42 que, aunque se encontraron diferencias entre los grupos de edad en diversos trastornos psicológicos, estas diferencias, controlando el efecto de otras variables como el sexo, el tipo de víctima, el tipo de atentado o el tiempo transcurrido desde el atentado (véase la tabla 7.33), sólo fueron estadísticamente significativas en el trastorno de angustia con/sin agorafobia y en el TEPT.

Tabla 7.40. Prevalencia vital de los trastornos psicológicos según el tipo de víctima de atentado terrorista

Trastorno	Frecuencia en las víctimas directas (<i>n</i> = 176)	Prevalencia vital en las víctimas directas (%)	Frecuencia en los familiares de fallecidos (<i>n</i> = 165)	Prevalencia vital en los familiares de fallecidos (%)	Frecuencia en los familiares de heridos o ilesos (<i>n</i> = 129)	Prevalencia vital en los familiares de heridos o ilesos (%)
T. depresivo mayor	75	42,6	60	36,4	46	35,7
T. distímico	6	3,4	14	8,5	3	2,3
T. bipolar I	3	1,7	4	2,4	0	0,0
T. bipolar II	1	0,6	1	0,6	0	0,0
T. ciclotímico	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. del estado de ánimo debido a enfermedad médica	2	1,1	1	0,6	3	2,3
T. del estado de ánimo inducido por sustancias	0	0,0	1	0,6	1	0,8
T. depresivo no especificado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. de angustia con/sin agorafobia	38	21,6	32	19,4	29	22,5
- Con agorafobia	26	14,8	17	10,3	15	11,6
- Sin agorafobia	12	6,8	15	9,1	14	10,9
T. obsesivo-compulsivo	12	6,8	10	6,1	10	7,8
TEPT	89	50,6	58	35,2	27	20,9
Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	22	12,5	14	8,5	10	7,8

Trastorno	Frecuencia en las víctimas directas (<i>n</i> = 176)	Prevalencia vital en las víctimas directas (%)	Frecuencia en los familiares de fallecidos (<i>n</i> = 165)	Prevalencia vital en los familiares de fallecidos (%)	Frecuencia en los familiares de heridos o ilesos (<i>n</i> = 129)	Prevalencia vital en los familiares de heridos o ilesos (%)
Fobia social	14	8,0	13	7,9	7	5,4
Fobia específica	30	17,0	27	16,4	18	14,0
T. de ansiedad generalizada	25	14,2	16	9,7	17	13,2
T. de ansiedad no especificado	8	4,5	2	1,2	6	4,7
T. de ansiedad por enfermedad médica	0	0,0	1	0,6	0	0,0
T. de ansiedad por sustancias	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. adaptativo	6	3,4	6	3,6	2	1,6

Nota. T.: trastorno. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

Tabla 7.41. Prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos según el tipo de víctima de atentado terrorista

Grupos de trastornos	Frecuencia en las víctimas directas (<i>n</i> = 176)	Prevalencia vital en las víctimas directas (%)	Frecuencia en los familiares de fallecidos (<i>n</i> = 165)	Prevalencia vital en los familiares de fallecidos (%)	Frecuencia en los familiares de heridos o ilesos (<i>n</i> = 129)	Prevalencia vital en los familiares de heridos o ilesos (%)
Trastornos del estado de ánimo	86	48,9	73	44,2	50	38,8
Trastornos depresivos graves (depresivo mayor y distímico)	80	45,5	68	41,2	47	36,4
Trastornos de ansiedad	111	63,1	89	53,9	62	48,1
Trastornos de ansiedad distintos del TEPT	82	46,6	75	45,5	58	45,0
Cualquier trastorno psicológico	123	69,9	104	63,0	81	62,8

Nota. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

En concreto, y tal y como refleja la tabla 7.42, el trastorno de angustia fue más prevalente en el grupo de víctimas de 35-49 años (18,8%), seguido por el de 50-64 años (14,5%), el de 18-24 años (13,3%) y el de 25-34 años (11,9%), y siendo mucho menos prevalente en el grupo de víctimas de 65 años o más (1,3 %), con una gran diferencia respecto a los otros grupos de edad (sin ajustar, 10-17 puntos porcentuales). Este último resultado podría explicar la relación lineal negativa y estadísticamente significativa entre edad y prevalencia puntual del trastorno de angustia que se resumía en la tabla 7.33. En el caso del trastorno por estrés postraumático, los resultados de la tabla 7.42 indican que dicho trastorno fue más prevalente en el grupo de víctimas de 35-49 años (33,1%), seguido por el de 25-34 años (29,9%), el de 18-24 años (26,7%) y el de 50-64 años (25,9%), y, de nuevo, siendo mucho menos prevalente en el grupo de víctimas de 65 años o más (14,1%), con una gran diferencia respecto a los otros grupos de edad (sin ajustar, 11-19 puntos). De nuevo, este último resultado podría explicar la relación lineal negativa y estadísticamente significativa entre edad y prevalencia puntual del trastorno por estrés postraumático que se resumía en la tabla 7.33.

En la tabla 7.43 se presenta la prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos en función de los grupos de edad. Teniendo en cuenta los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos y que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.43 que, aunque se encontraron bastantes diferencias entre los grupos de edad en diversos grupos de trastornos psicológicos, estas diferencias, controlando el efecto de otras variables como el sexo, el tipo de víctima, el tipo de atentado o el tiempo transcurrido desde el atentado (véase la tabla 7.33), sólo fueron estadísticamente significativas en el caso de los trastornos de ansiedad, incluidos también los trastornos de ansiedad distintos del TEPT, y el conjunto de trastornos psicológicos.

Tal y como refleja la tabla 7.43, la prevalencia puntual de los trastornos de ansiedad fue mayor en el grupo de víctimas de 35-49 años (55,2%), seguido del grupo de 18-24 años (46,7%), del de 25-34 años (46,3%) y del de 50-64 años (41,5%), siendo una vez más el grupo de víctimas de 65 años o más el que mostraba una menor prevalencia (30,8%), con unas diferencias, sin ajustar, de 11-24 puntos porcentuales respecto a los otros grupos de edad, lo cual explicaría la relación lineal negativa y estadísticamente

significativa entre edad y prevalencia puntual de los trastornos de ansiedad que se resumía en la tabla 7.33.

Resultado parecido se obtuvo cuando no se consideró al TEPT entre los trastornos de ansiedad (véase la tabla 7.43). La prevalencia puntual de los trastornos de ansiedad sin el TEPT fue mayor en el grupo de víctimas de 35-49 años (48,7%), seguido del grupo de 25-34 años (40,3%), del de 18-24 años (40%) y del de 50-64 (31,1%), y el de menos prevalencia sería nuevamente el grupo de víctimas de 65 años o más (23,1%). En este caso, tanto las diferencias, sin ajustar, de 9-17 puntos porcentuales entre el grupo de 50-64 años y los demás grupos de edad, como las diferencias, sin ajustar, de 8-25 puntos porcentuales entre el grupo de 65 años o más y los demás grupos de edad, podrían explicar la relación lineal negativa y estadísticamente significativa entre edad y prevalencia puntual de los trastornos de ansiedad sin TEPT que se resumía en la tabla 7.33.

Respecto a la prevalencia puntual del conjunto de trastornos psicológicos, esta fue mayor en el grupo de víctimas de 35-49 años (61%), seguido del grupo de 25-34 años (49,3%), del de 50-64 años (48,2%) y del de 18-24 (46,7%), mostrando una mucha menor prevalencia el grupo de víctimas de 65 años o más (35,9%), con unas diferencias, sin ajustar, de 11-24 puntos porcentuales entre el grupo de 65 años o más y los demás grupos de edad. Este último dato podría explicar la relación lineal negativa y estadísticamente significativa entre edad y prevalencia puntual de cualquier trastorno psicológico que se resumía en la tabla 7.33.

Tabla 7.42. Prevalencia puntual de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de su edad

Trastorno	Frecuencia 18-24 años (n = 15)	Prevalencia puntual 18-24 años (%)	Frecuencia 25-34 años (n = 67)	Prevalencia puntual 25-34 años (%)	Frecuencia 35-49 años (n = 154)	Prevalencia puntual 35-49 años (%)	Frecuencia 50-64 años (n = 193)	Prevalencia puntual 50-64 años (%)	Frecuencia ≥ 65 años (n = 78)	Prevalencia puntual ≥ 65 años (%)
T. depresivo mayor	3	20	13	19,4	25	16,2	41	21,2	9	11,5
T. distímico	0	0,0	2	3,0	9	5,8	9	4,7	5	6,4
T. bipolar I	1	6,7	1	1,5	4	2,6	2	1,0	0	0,0
T. bipolar II	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,5	0	0,0
T. ciclotímico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. del estado de ánimo por enfermedad médica	0	0,0	0	0,0	2	1,3	0	0,0	1	1,3
T. de estado de ánimo por sustancias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. depresivo NE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. de angustia	2	13,3	8	11,9	29	18,8	28	14,5	1	1,3
- Con agorafobia	2	13,3	4	6,0	23	14,9	16	8,3	1	1,3
- Sin agorafobia	0	0,0	4	6,0	6	3,9	12	6,2	0	0,00

Trastorno	Frecuencia 18-24 años (n = 15)	Prevalencia puntual 18-24 años (%)	Frecuencia 25-34 años (n = 67)	Prevalencia puntual 25-34 años (%)	Frecuencia 35-49 años (n = 154)	Prevalencia puntual 35-49 años (%)	Frecuencia 50-64 años (n = 193)	Prevalencia puntual 50-64 años (%)	Frecuencia ≥ 65 años (n = 78)	Prevalencia puntual ≥ 65 años (%)
T. obsesivo- compulsivo	2	13,3	5	7,5	13	8,4	7	3,6	1	1,3
TEPT	4	26,7	20	29,9	51	33,1	50	25,9	11	14,1
Agorafobia sin t. de angustia	0	0,0	7	10,4	9	5,8	6	3,1	5	6,4
Fobia social	2	11,3	1	1,5	15	9,7	11	5,7	1	1,3
Fobia específica	4	26,7	12	17,9	27	17,5	24	12,4	9	11,5
T. de ansiedad generalizada	2	13,3	8	11,9	27	17,5	17	8,8	6	7,7
T. de ansiedad NE	1	6,7	1	1,5	3	1,9	6	3,1	4	5,1
T. de ansiedad por enfermedad médica	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,5	0	0,0
T. de ansiedad por sustancias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. adaptativo	0	0,0	0	0,0	10	6,5	5	2,6	0	0,0

Nota. T.: trastorno. TEPT: trastorno por estrés postraumático. NE: no especificado.

Tabla 7.43. Prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de su edad

Grupo de trastornos	Frecuencia 18-24 años (n = 15)	Prevalencia puntual 18-24 años (%)	Frecuencia 25-34 años (n = 67)	Prevalencia puntual 25-34 años (%)	Frecuencia 35-49 años (n = 154)	Prevalencia puntual 35-49 años (%)	Frecuencia 50-64 años (n = 193)	Prevalencia puntual 50-64 años (%)	Frecuencia ≥ 65 años (n = 78)	Prevalencia puntual ≥ 65 años (%)
TT. del estado de ánimo	4	26,7	15	22,4	41	26,6	47	24,4	14	17,9
TT. depresivos graves (depresivo mayor y distímico)	3	20,0	14	20,9	34	22,1	44	22,8	13	16,7
TT. de ansiedad	7	46,7	31	46,3	85	55,2	80	41,5	24	30,8
TT. de ansiedad distintos de TEPT	6	40,0	27	40,3	75	48,7	60	31,1	18	23,1
Cualquier trastorno	7	46,7	33	49,3	94	61,0	93	48,2	28	35,9

Nota. TT.: trastornos. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

b) Prevalencia vital

En la tabla 7.44 se presenta la prevalencia vital de los trastornos psicológicos específicos para cada uno de los grupos de víctimas creados en función de su edad. Sobre la base de los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.44 que, aunque se encontraron diferencias entre los grupos de edad en diversos trastornos psicológicos, estas diferencias, controlando el efecto de otras variables como el sexo, el tipo de víctima, el tipo de atentado o el tiempo transcurrido desde el atentado (véase la tabla 7.33), sólo fueron estadísticamente significativas en el trastorno de angustia con/sin agorafobia y en el trastorno obsesivo-compulsivo. Así, el trastorno de angustia fue más prevalente a nivel vital en el grupo de víctimas de 18-24 años (33,3%), seguido por el de 35-49 años (28,6%), el de 50-64 años (20,7%) y el de 25-34 años (19,4%), y siendo mucho menos prevalente a lo largo de la vida en el grupo de víctimas de 65 años o más (7,6%), con una gran diferencia respecto a los otros grupos de edad (sin ajustar, 12-26 puntos porcentuales). Este último resultado podría explicar la relación lineal negativa y estadísticamente significativa entre edad y prevalencia vital del trastorno de angustia que se resumía en la tabla 7.33. Respecto al trastorno obsesivo-compulsivo, los resultados de la tabla 7.44 indican que dicho trastorno fue más prevalente a lo largo de la vida en el grupo de víctimas de 18-24 años (13,3%), seguido por el de 35-49 años (9,7%), el de 25-34 años (9%) , siendo menos prevalente en el grupo de víctimas de 50-64 años (4,7%), y, sobre todo, en el de 65 años o más (2,6%), de manera que en comparación a estos dos grupos de edad, la prevalencia del trastorno en las víctimas más jóvenes era el doble (p. ej., 13,3% en los grupos de 18 a 49 años frente a 4,7% en el grupo de 50-64 años), el triple (p. ej., 9-9,7% en los grupos de 25 a 49 años frente a 2,6% en el grupo de 65 años o más) o el cuádruple (p. ej., 13,3% en el grupo de 18-24 años frente a 2,6% en el grupo de 65 años o más). Estos resultados podrían explicar la relación lineal negativa y estadísticamente significativa entre edad y prevalencia vital del trastorno obsesivo-compulsivo que se resumía en la tabla 7.33.

En la tabla 7.45 se presenta la prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos en función de los grupos de edad. Teniendo en cuenta los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.45 que,

aunque se encontraron diferencias entre los grupos de edad en diversos grupos de trastornos, estas diferencias, controlando el efecto de otras variables como el sexo, el tipo de víctima, el tipo de atentado o el tiempo transcurrido desde el atentado (véase la tabla 7.33), sólo fueron estadísticamente significativas, tal y como ocurría en relación con la prevalencia puntual, en el caso de los trastornos de ansiedad, los trastornos de ansiedad sin TEPT y el conjunto de trastornos psicológicos. Como refleja la tabla 7.45, la prevalencia vital de los trastornos de ansiedad fue mayor en el grupo de víctimas de 35-49 años (65,6%), seguido del grupo de 50-64 años (53,9%), del de 25-34 años (53,7%) y del de 18-24 años (53,3%), siendo una vez más el grupo de víctimas de 65 años o más el que mostraba una menor prevalencia (41%), con unas diferencias, sin ajustar, de 12-24 puntos porcentuales respecto a los otros grupos de edad, lo cual explicaría la relación lineal negativa y estadísticamente significativa entre edad y prevalencia vital de los trastornos de ansiedad que se resumía en la tabla 7.33.

Cuando no se consideró al TEPT entre los trastornos de ansiedad (véase la tabla 7.45), la prevalencia vital de estos trastornos fue mayor en el grupo de víctimas de 35-49 años (57,1%), seguido del grupo de 18-24 años (53,3%), del de 25-34 años (46,3%) y del de 50-64 años (40,4%), y el de menos prevalencia fue nuevamente el grupo de víctimas de 65 años o más (30,8%). En este caso, tanto las diferencias, sin ajustar, de 6-17 puntos porcentuales entre el grupo de 50-64 años y los demás grupos de edad, como las diferencias, sin ajustar, de 10-26 puntos porcentuales entre el grupo de 65 años o más y los demás grupos de edad, podrían explicar la relación lineal negativa y estadísticamente significativa entre edad y prevalencia vital de los trastornos de ansiedad sin TEPT que se resumía en la tabla 7.33.

Respecto a la prevalencia vital del conjunto de trastornos psicológicos, esta fue mayor en el grupo de víctimas de 35-49 años (72,7%), seguido del grupo de 18-24 años (66,7%), del de 50-64 años (64,2%) y del de 25-34 años (64,2%), mostrando una menor prevalencia el grupo de víctimas de 65 años o más (53,8%), con unas diferencias, sin ajustar, de 10-19 puntos porcentuales entre el grupo de 65 años o más y los demás grupos de edad (véase la tabla 7.45). Este último dato podría explicar la relación lineal negativa y estadísticamente significativa entre edad y prevalencia vital de cualquier trastorno psicológico que se resumía en la tabla 7.33.

Tabla 7.44. Prevalencia vital de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de su edad

Trastorno	Frecuencia 18-24 años (n = 15)	Prevalencia vital 18-24 años (%)	Frecuencia 25-34 años (n = 67)	Prevalencia vital 25-34 años (%)	Frecuencia 35-49 años (n = 154)	Prevalencia vital 35-49 años (%)	Frecuencia 50-64 años (n = 193)	Prevalencia vital 50-64 años (%)	Frecuencia ≥ 65 años (n = 78)	Prevalencia vital ≥ 65 años (%)
T. depresivo mayor	6	40,0	29	43,3	59	38,3	77	39,9	23	29,5
T. distímico	0	0,0	2	3,0	9	5,8	9	4,7	5	6,4
T. bipolar I	1	6,7	1	1,5	4	2,6	2	1,0	0	0,0
T. bipolar II	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,5	0	0,0
T. ciclotímico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. del estado de ánimo por enfermedad médica	0	0,0	0	0,0	3	1,9	3	1,6	1	1,3
T. del estado de ánimo por sustancias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,0	0	0,0
T. depresivo no especificado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. de angustia	5	33,3	13	19,4	44	28,6	40	20,7	6	7,6
- Con agorafobia	3	20,0	7	10,4	30	19,5	21	10,9	3	3,8
- Sin agorafobia	2	13,3	6	9,0	14	9,1	19	9,8	3	3,8

Trastorno	Frecuencia 18-24 años (n = 15)	Prevalencia vital 18-24 años (%)	Frecuencia 25-34 años (n = 67)	Prevalencia vital 25-34 años (%)	Frecuencia 35-49 años (n = 154)	Prevalencia vital 35-49 años (%)	Frecuencia 50-64 años (n = 193)	Prevalencia vital 50-64 años (%)	Frecuencia ≥ 65 años (n = 78)	Prevalencia vital ≥ 65 años (%)
T. obsesivo- compulsivo	2	13,3	6	9,0	15	9,7	9	4,7	2	2,6
TEPT	4	26,7	25	37,3	69	44,8	73	37,8	19	24,4
Agorafobia sin t. de angustia	0	0,0	9	13,4	15	9,7	15	7,8	9	11,5
Fobia social	3	20,0	2	3,0	19	12,3	11	5,7	1	1,3
Fobia específica	4	26,7	13	19,4	28	18,2	26	13,5	10	12,8
T. de ansiedad generalizada	2	13,3	8	11,9	28	18,2	19	9,8	6	7,7
T. de ansiedad NE	1	6,7	1	1,5	4	2,6	7	3,6	4	5,1
T. de ansiedad por enfermedad médica	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,5	0	0,0
T. de ansiedad por sustancias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. adaptativo	0	0,0	0	0,0	10	6,5	5	2,6	0	0,0

Nota. T.: trastorno. TEPT: trastorno por estrés postraumático. NE: no especificado.

Tabla 7.45. Prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función de su edad

Grupo de trastornos	Frecuencia 18-24 años (n = 15)	Prevalencia vital 18-24 años (%)	Frecuencia 25-34 años (n = 67)	Prevalencia vital 25-34 años (%)	Frecuencia 35-49 años (n = 154)	Prevalencia vital 35-49 años (%)	Frecuencia 50-64 años (n = 193)	Prevalencia vital 50-64 años (%)	Frecuencia ≥ 65 años (n = 78)	Prevalencia vital ≥ 65 años (%)
TT. del estado de ánimo	7	46,7	30	44,8	76	49,4	85	44,0	27	34,6
TT. depresivos graves (depresivo mayor y distímico)	6	40,0	29	43,3	68	44,2	79	40,9	27	34,6
TT. de ansiedad	8	53,3	36	53,7	101	65,6	104	53,9	32	41,0
TT. de ansiedad distintos del TEPT	8	53,3	31	46,3	88	57,1	78	40,4	24	30,8
Cualquier trastorno	10	66,7	43	64,2	112	72,7	124	64,2	42	53,8

Nota. TT.: trastornos. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

7.9. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tipo de atentado

a) Prevalencia puntual

En la tabla 7.46 se presenta, en función del tipo de atentado terrorista, la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos específicos en las víctimas del terrorismo. Considerando los resultados de los análisis de regresión logística que se resumen en la tabla 7.33, se puede observar en la tabla 7.46 que, aunque en general, los trastornos psicológicos fueron más frecuentes en las víctimas de atentados masivos que en las víctimas de atentados no masivos, tales diferencias, controlando el efecto de otras variables como el sexo, el tipo de víctima, la edad o el tiempo transcurrido desde el atentado (véase la tabla 7.33), fueron estadísticamente significativas tan sólo en la fobia específica. Así, la prevalencia puntual de la fobia específica en las víctimas que habían sufrido un atentado terrorista masivo era significativamente mayor que en las víctimas que habían sufrido un atentado no masivo y, sin ajustar, duplicaba a la encontrada entre estas últimas víctimas (24,1% frente a 10,9%).

Tabla 7.46. Prevalencia puntual de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tipo de atentado

Trastorno	Frecuencia en atentados no masivos (<i>n</i> = 349)	Prevalencia puntual en atentados no masivos (%)	Frecuencia en atentados masivos (<i>n</i> = 158)	Prevalencia puntual en atentados masivos (%)
Trastorno depresivo mayor	55	15,8	36	22,8
Trastorno distímico	16	4,6	9	5,7
Trastorno bipolar I	8	2,3	0	0,0
Trastorno bipolar II	1	0,3	1	0,6
Trastorno ciclotímico	0	0,0	0	0,0
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	2	0,6	1	0,8

Trastorno	Frecuencia en atentados no masivos (n = 349)	Prevalencia puntual en atentados no masivos (%)	Frecuencia en atentados masivos (n = 158)	Prevalencia puntual en atentados masivos (%)
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias	0	0,0	0	0,0
T. depresivo no especificado	0	0,0	0	0,0
Trastorno de angustia	44	12,6	24	15,2
- Con agorafobia	26	7,4	20	12,7
- Sin agorafobia	18	5,2	4	2,5
Trastorno obsesivo-compulsivo	19	5,4	9	5,7
TEPT	82	23,5	54	34,2
Agorafobia sin t. de angustia	10	2,9	17	10,8
Fobia social	14	4,0	16	10,1
Fobia específica	38	10,9	38	24,1
T. de ansiedad generalizada	33	9,5	27	17,1
T. de ansiedad no especificado	12	3,4	3	1,9
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	1	0,3	1	0,6
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	0	0,0	0	0,0
Trastorno adaptativo	10	2,9	5	3,2

Nota. T.: trastorno. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

Por otro lado, en la tabla 7.47 se presenta la prevalencia puntual, en función del tipo de atentado terrorista, de los grupos de trastornos psicológicos evaluados en esta investigación. Aunque se puede observar en dicha tabla que los distintos grupos de trastornos psicológicos fueron también más frecuentes en las víctimas de atentados masivos que en las de atentados no masivos, los resultados de los análisis de regresión logística que se resumían en la tabla 7.33 indican que tales diferencias, tras controlar el efecto de otras variables como sexo, tipo de víctima, edad o tiempo transcurrido desde el atentado, no fueron estadísticamente significativas para ninguno de los grupos de trastornos.

Tabla 7.47. Prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según el tipo de atentado

Grupo de trastornos	Frecuencia en atentados no masivos (n = 349)	Prevalencia puntual en atentados no masivos (%)	Frecuencia en atentados masivos (n = 122)	Prevalencia puntual en atentados masivos (%)
Trastornos del estado de ánimo	77	22,1	44	27,8
Trastornos depresivos graves (depresivo mayor y distímico)	66	18,9	42	26,6
Trastornos de ansiedad	139	39,8	88	55,7
TT. de ansiedad distintos del TEPT	110	31,5	76	48,1
Cualquier trastorno psicológico	161	46,1	94	59,5

Nota. TT.: trastornos. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

b) Prevalencia vital

En la tabla 7.48 se presenta, en función del tipo de atentado terrorista, la prevalencia vital de los trastornos psicológicos específicos en las víctimas del terrorismo. Aunque en dicha tabla se puede observar que, en general, los trastornos psicológicos fueron más frecuentes a nivel vital en las víctimas de atentados masivos que en las víctimas de atentados no masivos, tales diferencias, controlando el efecto de otras variables como el sexo, el tipo de víctima, la edad o el tiempo transcurrido desde el atentado, no fueron estadísticamente significativas para ninguno de los trastornos psicológicos, tal y como indicaban los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos específicos (véase la tabla 7.33).

Por otro lado, en la tabla 7.49 se presenta la prevalencia vital, en función del tipo de atentado terrorista, de los grupos de trastornos psicológicos. Aunque se puede observar en dicha tabla que los distintos grupos fueron también más frecuentes en las víctimas de atentados masivos que en las víctimas de atentados no masivos, los resultados de los análisis de regresión logística que se resumían en la tabla 7.33 indicaban que tales diferencias, tras controlar el efecto de otras variables como sexo, tipo de víctima, edad o

tiempo transcurrido desde el atentado, tan sólo fueron estadísticamente significativas para el grupo de los trastornos de ansiedad. En concreto, la prevalencia vital de los trastornos de ansiedad en las víctimas de atentados masivos fue significativamente mayor que en las víctimas de atentados no masivos (68,4% frente a 49,6%), siendo la diferencia, sin ajustar, entre los dos tipos de atentados, de casi 19 puntos porcentuales.

Tabla 7.48. Prevalencia vital de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según el tipo de atentado

Trastorno	Frecuencia en atentados no masivos (n = 349)	Prevalencia vital en atentados no masivos (%)	Frecuencia en atentados masivos (n = 158)	Prevalencia vital en atentados masivos (%)
Trastorno depresivo mayor	135	35,2	59	48,4
Trastorno distímico	19	4,9	6	4,9
Trastorno bipolar I	8	2,1	0	0,0
Trastorno bipolar II	1	0,3	1	0,8
Trastorno ciclotímico	0	0,0	0	0,0
Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	5	1,3	2	1,6
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias	1	0,3	1	0,8
T. depresivo no especificado	0	0,0	0	0,0
Trastorno de angustia	82	21,4	26	21,4
- Con agorafobia	46	12,0	18	14,8
- Sin agorafobia	36	9,4	8	6,6
Trastorno obsesivo-compulsivo	27	7,0	7	5,7
TEPT	132	34,4	58	47,5
Agorafobia sin t. de angustia	27	7,0	21	17,2
Fobia social	21	5,5	15	12,3
Fobia específica	52	13,5	29	23,8
T. de ansiedad generalizada	42	10,9	21	17,2

Trastorno	Frecuencia en atentados no masivos (n = 349)	Prevalencia vital en atentados no masivos (%)	Frecuencia en atentados masivos (n = 158)	Prevalencia vital en atentados masivos (%)
T. de ansiedad no especificado	13	3,4	4	3,3
Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica	1	0,3	1	0,8
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	0	0,0	0	0,0
Trastorno adaptativo	10	2,6	5	4,1

Nota. T.: trastorno. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

Tabla 7.49. Prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas según el tipo de atentado

Grupos de trastornos	Frecuencia en atentados no masivos (n = 349)	Prevalencia vital en atentados no masivos (%)	Frecuencia en atentados masivos (n = 158)	Prevalencia vital en atentados masivos (%)
TT. del estado de ánimo	143	41,0	82	51,9
TT. depresivos graves (depresivo mayor y distímico)	131	37,5	78	49,4
TT. de ansiedad	173	49,6	108	68,4
TT. de ansiedad distintos del TEPT	139	39,8	90	57,0
Cualquier trastorno psicológico	211	60,5	120	75,9

Nota. TT.: trastornos. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

7.10. Prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados

a) Prevalencia puntual

En la tabla 7.50 se presenta, en función del tiempo transcurrido desde los atentados dividido en cuatro categorías (0-10 años, 11-20 años, 21-30 años y 31-40 años), la

prevalencia puntual de los trastornos psicológicos específicos en las víctimas del terrorismo. Aunque en dicha tabla se pueden observar algunas diferencias entre las categorías temporales, tales diferencias, controlando el efecto de otras variables como el sexo, el tipo de víctima, la edad o el tipo de atentado, no fueron estadísticamente significativas para ninguno de los trastornos psicológicos, tal y como indicaban los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos específicos (véase la tabla 7.33).

Por otro lado, en la tabla 7.51 se presenta, en función de las categorías creadas para el tiempo transcurrido desde los atentados, la prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos. Aunque se puede observar en dicha tabla algunas diferencias entre las categorías temporales en dicha prevalencia puntual, los resultados de los análisis de regresión logística que se resumían en la tabla 7.33 indicaban que tales diferencias, tras controlar el efecto de otras variables como el sexo, el tipo de víctima, la edad o el tipo de atentado, no fueron estadísticamente significativas para ninguno de los grupos de trastornos psicológicos.

b) Prevalencia vital

En las tablas 7.52 y 7.53 se recogen, en función del tiempo transcurrido desde los atentados, la prevalencia vital en las víctimas del terrorismo de los trastornos psicológicos específicos y de los grupos de trastornos psicológicos, respectivamente. Aunque en dichas tablas, tal y como ocurría con la prevalencia puntual, se pueden observar algunas diferencias entre las categorías temporales, tales diferencias, controlando el efecto de otras variables como el sexo, el tipo de víctima, la edad o el tipo de atentado, no fueron estadísticamente significativas para ninguno de los trastornos psicológicos o de los grupos de trastornos psicológicos, tal y como indicaban los resultados de los análisis de regresión logística sobre la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos específicos y de los grupos de trastornos psicológicos (véase la tabla 7.33).

Tabla 7.50. Prevalencia puntual de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados

Trastorno	Frecuencia 0-10 años (n = 140)	Prevalencia puntual 0-10 años (%)	Frecuencia 11-20 años (n = 84)	Prevalencia puntual 11-20 años (%)	Frecuencia 21-30 años (n = 153)	Prevalencia puntual 21-30 años (%)	Frecuencia 31-40 años (n = 130)	Prevalencia puntual 31-40 años (%)
T. depresivo mayor	32	22,9	21	25,0	17	11,1	21	16,2
T. distímico	6	4,3	5	6,0	5	3,3	9	6,9
T. bipolar I	0	0,0	3	3,6	2	1,3	3	2,3
T. bipolar II	1	0,7	1	1,2	0	0,0	0	0,0
T. ciclotímico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. del estado de ánimo por enfermedad médica	1	0,7	1	1,2	0	0,0	1	0,8
T. del estado de ánimo por sustancias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. depresivo NE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. de angustia	20	14,3	18	21,4	19	12,4	11	8,5
- Con agorafobia	16	11,4	9	10,7	13	8,5	8	6,2
- Sin agorafobia	4	2,9	9	10,7	6	3,9	3	2,3

Trastorno	Frecuencia 0-10 años (n = 140)	Prevalencia puntual 0-10 años (%)	Frecuencia 11-20 años (n = 84)	Prevalencia puntual 11-20 años (%)	Frecuencia 21-30 años (n = 153)	Prevalencia puntual 21-30 años (%)	Frecuencia 31-40 años (n = 130)	Prevalencia puntual 31-40 años (%)
T. obsesivo-compulsivo	7	5,0	6	7,1	11	7,2	4	3,1
TEPT	46	32,9	26	31,0	34	22,2	30	23,1
Agorafobia sin t. de angustia	15	10,7	3	3,6	4	2,6	5	3,8
Fobia social	15	10,7	6	7,1	3	2,0	6	4,6
Fobia específica	33	23,6	13	15,5	14	9,2	16	12,3
T. de ansiedad generalizada	24	17,1	11	13,1	15	9,8	10	7,7
T. de ansiedad NE	3	2,1	6	7,1	3	2,0	3	2,3
T. de ansiedad por enfermedad médica	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,8
T. de ansiedad por sustancias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. adaptativo	6	4,3	3	3,6	2	1,3	4	3,1

Nota. T.: trastorno. TEPT: trastorno por estrés postraumático. NE: no especificado.

Tabla 7.51. Prevalencia puntual de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados

Grupo de trastornos	Frecuencia 0-10 años (n = 140)	Prevalencia puntual 0-10 años (%)	Frecuencia 11-20 años (n = 84)	Prevalencia puntual 11-20 años (%)	Frecuencia 21-30 años (n = 153)	Prevalencia puntual 21-30 años (%)	Frecuencia 31-40 años (n = 130)	Prevalencia puntual 31-40 años (%)
TT. del estado de ánimo	39	27,9	29	34,5	22	14,4	31	23,8
TT. depresivos graves (t. depresivo mayor y t. distímico)	37	26,4	24	28,6	20	13,1	27	20,8
TT. de ansiedad	76	54,3	41	48,8	59	38,6	51	39,2
TT. de ansiedad distintos del TEPT	65	46,4	35	41,7	46	30,1	40	30,8
Cualquier trastorno	83	59,3	47	56,0	67	43,8	58	44,6

Nota. T.: trastorno. TT.: trastornos. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

Tabla 7.52. Prevalencia vital de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados

Trastorno	Frecuencia 0-10 años (n = 140)	Prevalencia vital 0-10 años (%)	Frecuencia 11- 20 años (n = 84)	Prevalencia vital 11-20 años (%)	Frecuencia 21- 30 años (n = 153)	Prevalencia vital 21-30 años (%)	Frecuencia 31- 40 años (n = 130)	Prevalencia vital 31-40 años (%)
T. depresivo mayor	66	12,1	36	42,9	49	32,0	43	33,1
T. distímico	6	4,3	5	6,0	5	3,3	9	6,9
T. bipolar I	0	0,0	3	3,6	2	1,3	3	2,3
T. bipolar II	1	0,7	1	1,2	0	0,0	0	0,0
T. ciclotímico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. del estado de ánimo por enfermedad médica	2	1,4	2	2,4	0	0,0	3	2,3
T. del estado de ánimo por sustancias	1	0,7	0	0,0	1	0,7	0	0,0
T. depresivo NE	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. de angustia	32	22,9	26	31,0	32	20,9	18	13,9
- Con agorafobia	20	14,3	14	16,7	19	12,4	11	8,5
- Sin agorafobia	12	8,6	12	14,3	13	8,5	7	5,4

Trastorno	Frecuencia 0-10 años (n = 140)	Prevalencia vital 0-10 años (%)	Frecuencia 11- 20 años (n = 84)	Prevalencia vital 11-20 años (%)	Frecuencia 21- 30 años (n = 153)	Prevalencia vital 21-30 años (%)	Frecuencia 31- 40 años (n = 130)	Prevalencia vital 31-40 años (%)
T. obsesivo- compulsivo	9	6,4	7	8,3	12	7,8	6	4,6
TEPT	66	47,1	34	40,5	49	32,0	41	31,5
Agorafobia sin t. de angustia	24	17,1	7	8,3	8	5,2	9	6,9
Fobia social	17	12,1	6	7,1	5	3,3	8	6,2
Fobia específica	34	24,3	15	17,9	15	9,8	17	13,1
T. de ansiedad generalizada	24	17,1	13	15,5	16	10,5	10	7,7
T. de ansiedad NE	4	2,9	6	7,1	4	2,6	3	2,3
T. de ansiedad por enfermedad médica	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,8
T. de ansiedad por sustancias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T. adaptativo	6	4,3	3	3,6	2	1,3	4	3,1

Nota. T.: trastorno. TEPT: trastorno por estrés postraumático. NE: no especificado.

Tabla 7.53. Prevalencia vital de los grupos de trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas en función del tiempo transcurrido desde los atentados

Grupo de trastornos	Frecuencia 0-10 años (n = 140)	Prevalencia vital 0-10 años (%)	Frecuencia 11-20 años (n = 84)	Prevalencia vital 11-20 años (%)	Frecuencia 21-30 años (n = 153)	Prevalencia vital 21-30 años (%)	Frecuencia 31-40 años (n = 130)	Prevalencia vital 31-40 años (%)
TT. del estado de ánimo	74	52,9	44	52,4	54	35,3	53	40,8
TT. depresivos graves (trastorno depresivo mayor y trastorno distímico)	71	50,7	38	45,2	52	34,0	48	36,9
TT. de ansiedad	96	68,6	48	57,1	71	46,4	66	50,8
TT. de ansiedad distintos del TEPT	79	56,4	43	51,2	57	37,3	50	38,5
Cualquier trastorno psicológico	109	77,9	256	66,7	88	57,5	78	60,0

Nota. TT.: trastornos. TEPT: trastorno por estrés postraumático.

Capítulo 8

Discusión

8.1. Prevalencia de los trastornos psicológicos en las víctimas de atentados terroristas

La investigación empírica de esta tesis doctoral tenía como objetivo principal examinar la prevalencia a muy largo plazo de los trastornos psicológicos en víctimas adultas de atentados terroristas, objetivo que podría dividirse en otros objetivos principales más específicos.

El primero de ellos era determinar cuáles eran los trastornos psicológicos más frecuentes en dichas víctimas a muy largo plazo. En relación con este objetivo, los resultados presentados indican que, entre los trastornos evaluados en la presente investigación (TEPT, otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastorno adaptativo, según criterios DSM-IV), el trastorno puntual más frecuente en las víctimas del terrorismo una media de 21,5 años después de los atentados fue el trastorno por estrés postraumático (26,8%), seguido del trastorno depresivo mayor (17,9%), la fobia específica (15%), el trastorno de angustia (13,4%) y el trastorno de ansiedad generalizada (11,8%).

Un poco menos prevalentes, pero también con porcentajes considerables que superan o casi llegan al 5% de la muestra de víctimas de terrorismo del presente estudio, estarían la fobia social (5,9%), el trastorno obsesivo-compulsivo (5,5%), la agorafobia sin historia de trastorno de angustia (5,3%) y el trastorno distímico (4,9%). Otros trastornos fueron muy poco frecuentes, y entre ellos destacan los trastornos bipolares, presentes en tan solo un 2% de la muestra de víctimas del terrorismo (trastorno bipolar I: 1,6%, trastorno bipolar II: 0,4%, y trastorno ciclotímico: 0%).

En términos de grupos de trastornos, los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad, con o sin el TEPT (44,8% y 36,7%), seguidos de los trastornos depresivos – depresivo mayor y distímico– (21,3%), de manera que un 50,3% de las víctimas que participaron en este estudio presentaban a muy largo plazo uno o varios trastornos psicológicos.

Este patrón de resultados era parecido cuando se tenían en cuenta la prevalencia

vital de los trastornos en las víctimas del terrorismo, con la diferencia de que la frecuencia del TEPT y del trastorno depresivo mayor era prácticamente igual (37,5% y 38,3%, respectivamente), que el trastorno de angustia (con o sin agorafobia) era el tercer trastorno más prevalente superando a la fobia específica (21,3% frente a 16%) y que la frecuencia de los trastornos depresivos se asemejaba más a la prevalencia de los trastornos de ansiedad distintos del TEPT (41,2% frente a 45,2%). No obstante, hay que señalar que si bien la SCID-I-VC aplicada en este estudio permitía evaluar la presencia puntual de un TEPT relacionado con el atentado terrorista sufrido, en relación con la presencia en algún momento de la vida del TEPT, del trastorno depresivo mayor, del trastorno de angustia o de cualquier otro trastorno psicológico, la entrevista no evaluaba específicamente si estos trastornos habían estado relacionados o no con la experiencia del atentado terrorista.

Por otro lado, la relación entre prevalencia vital y prevalencia puntual puede ser un indicador indirecto de la duración o cronicidad de un trastorno (Haro *et al.*, 2006). Puesto que los resultados han mostrado que el TEPT es más frecuente que el trastorno depresivo mayor según los datos de prevalencia puntual (presente en el momento de evaluación), mientras que sus frecuencias se igualan o incluso su relación se invierte ligeramente cuando se tienen en cuenta los datos de prevalencia vital, esto podría indicar una mayor cronicidad del TEPT (relación entre prevalencia puntual y prevalencia vital) en comparación con el trastorno depresivo mayor, el cual puede tener un curso más episódico. Una afirmación similar se puede hacer respecto a la cronicidad del grupo de los trastornos de ansiedad y del grupo de los trastornos depresivos, cuyas prevalencias eran muy diferentes cuando se tenía en cuenta la prevalencia puntual, siendo mucho más elevada la de los trastornos de ansiedad, pero, en cambio, eran mucho más parecidas cuando se tenían en cuenta la prevalencia vital. Este patrón de resultados que se ha observado en las víctimas españolas del terrorismo también ha sido observado en la población general española (Haro *et al.*, 2006).

La mayor frecuencia del TEPT en las víctimas del terrorismo en comparación a otros trastornos psicológicos es un resultado que es coherente con los resultados de la mayoría de la literatura científica (véase el capítulo 4 y también la tabla 8.1). Por ejemplo, tal y como indica la revisión que se ha realizado en el capítulo 4, se podría estimar que el TEPT está presente en el 41,2% de las víctimas directas del terrorismo en el primer año tras los atentados y en el 27,7% después del primer año, mientras que el trastorno

depresivo mayor está presente en el 23,6% de las víctimas directas en el primer año y en el 10% después del primer año (véase la tabla 8.1).

Tabla 8.1. Comparación de la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en las víctimas de terrorismo del presente estudio con la encontrada en la literatura científica con entrevistas o criterios diagnósticos

Trastorno	Prevalencia al año en las víctimas en la literatura científica (%)	Prevalencia después del año en las víctimas en la literatura científica (%)	Prevalencia a muy largo plazo en las víctimas este estudio (%)
TEPT			26,8
- Víctimas directas	41,2	27,7	35,8
- Familiares de fallecidos			22,4
- Familiares de heridos	29,3	s.d.	17,8
T. depresivo mayor			17,9
- Víctimas directas	23,6	10%	22,2
- Familiares de fallecidos			16,4
- Familiares de heridos	31,3	s.d.	13,2
T. de angustia			13,4
- Víctimas directas	6,2	s.d.	14,8
- Familiares de fallecidos			12,1
- Familiares de heridos	22,1	s.d.	11,6
Agorafobia sin historia de t. de angustia			5,3
- Víctimas directas	20,2	s.d.	6,8
- Familiares de fallecidos			5,5
- Familiares de heridos	s.d.	s.d.	3,9
T. de ansiedad generalizada			11,8
- Víctimas directas	6,9	s.d.	13,1
- Familiares de fallecidos			9,7
- Familiares de heridos	s.d.	s.d.	12,4

La importancia de los resultados de la presente investigación es que este es el primer estudio que demuestra mediante la utilización de una entrevista diagnóstica estructurada realizada por un clínico, el “patrón oro” del diagnóstico psicológico, que la mayor prevalencia del TEPT frente a otros trastornos psicológicos y, a su vez, del trastorno depresivo mayor frente a otros trastornos distintos del TEPT, también ocurre a muy largo plazo, es decir, una media de 21,5 años después de que las víctimas hubiesen sufrido los atentados terroristas.

Por otro lado, los resultados encontrados en el presente estudio sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos en las víctimas de atentados terroristas sugieren que dicha prevalencia es un problema de salud importante que requeriría la adecuada atención por parte de las autoridades sanitarias. Tomando como referencia los resultados del estudio epidemiológico de Haro *et al.* (2006) que analizó la prevalencia puntual y vital de los trastornos psicológicos en una muestra representativa de la población general española, los resultados de esta investigación sugieren que la presencia de trastornos psicológicos en las víctimas del terrorismo, al menos en España, es mucho más elevada que en la población general, incluso después de haber pasado como media 21,5 años desde los atentados.

Como se puede ver en la tabla 8.2, la prevalencia puntual de los trastornos psicológicos en las víctimas del terrorismo en comparación a la población general española es más de 50 veces mayor respecto al TEPT (28,6% frente a 0,5%), más de 20 veces mayor respecto al trastorno de angustia (13,4% frente a 0,6%) y respecto al trastorno de ansiedad generalizada (11,8% frente a 0,5%), más de 17 veces mayor respecto a la agorafobia sin historia de trastorno de angustia (5,3% frente a 0,3%) y más de 4 veces mayor respecto al trastorno depresivo mayor (17,9% frente a 4%), por citar solo los trastornos psicológicos más estudiados en víctimas del terrorismo, y, en general, casi 6 veces mayor respecto a cualquier trastorno mental (a pesar de que en el estudio de Haro *et al.*, 2006, también se tenían en cuenta los trastornos por uso o dependencia del alcohol además de los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo).

Tabla 8.2. Comparación de la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en víctimas del terrorismo en España y en la población general española

Trastorno	Prevalencia puntual en víctimas de terrorismo (este estudio) (%)	Prevalencia-año en población general (Haro <i>et al.</i>, 2006) (%)	Prevalencia vital en víctimas de terrorismo (este estudio) (%)	Prevalencia-vida en población general (Haro <i>et al.</i>, 2006) (%)
T. depresivo mayor	17,9	3,96	38,3	10,55
T. distímico	4,9	1,49	4,9	3,65
T. de angustia	13,4	0,60	21,3	1,70
TEPT	26,8	0,50	37,5	1,95
Agorafobia sin historia de t. de angustia	5,3	0,30	9,5	0,62
Fobia social	5,9	0,60	7,1	1,17
Fobia específica	15	3,60	16	4,52
T. de ansiedad generalizada	11,8	0,50	12,4	1,89
Cualquier trastorno del estado de ánimo	23,9	4,37	44,4	11,47
Cualquier trastorno de ansiedad	44,8	6,20	55,4	9,39
Cualquier trastorno en general	50,3	8,48	65,3	19,46

Aunque obviamente la muestra de víctimas del terrorismo del presente estudio difiere de la población española en características sociodemográficas que pueden afectar a la prevalencia del TEPT, de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos de ansiedad como, por ejemplo, el sexo y la edad (Haro *et al.*, 2006), es difícil que tales diferencias puedan explicar aumentos tan considerables en la prevalencia de los trastornos que supongan multiplicar por 20 o 50 la probabilidad de sufrir trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada o TEPT, máxime cuando estos factores sociodemográficos apenas duplican o triplican dichas prevalencias en la población general (p. ej., la OR ajustada de presentar un trastorno depresivo o un trastorno de ansiedad en

las mujeres en comparación a los varones es de 2,8; Haro *et al.*, 2006).

Además, ese patrón de diferencias entre las víctimas del terrorismo en España y la población general española en cuanto a la frecuencia de los trastornos psicológicos también aparecía en cuanto a la prevalencia vital, aunque las diferencias se suavizaron un poco. Como puede verse en la tabla 8.2, las prevalencias del TEPT, de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos de ansiedad en las víctimas del terrorismo en España fueron de nuevo bastante más elevadas que las presentadas en la población general española, multiplicando estas, por ejemplo, por 18 para el TEPT (37,5% frente a 2%), por 12 para el trastorno de angustia (21,3% frente a 1,7%), por 6 para el trastorno de ansiedad generalizada (12,4% frente a 1,9%), por 5 para el conjunto de trastornos de ansiedad (55,4% frente a 9,4%) y por casi 4 para el trastorno depresivo mayor (38,3% frente a 10,5%) y para el conjunto de trastornos del estado de ánimo (44,4% frente a 11,5%).

La comparación de estos resultados con los estudios anteriores realizados con víctimas del terrorismo está limitada porque, como se comentó anteriormente y se ha venido comentando a lo largo de esta tesis doctoral, ninguno de esos estudios ha evaluado los trastornos mentales tan a largo plazo y, además, lo ha hecho con una entrevista diagnóstica estructurada aplicada por un clínico. Teniendo en cuenta los estudios que sí han utilizado una entrevista o criterios diagnósticos, pero con la cautela de que sus resultados se refieren a períodos de como mucho 5 o 7 años después de los atentados, los resultados de los estudios previos que han evaluado a muestras de víctimas pasado al menos un año desde los atentados, estudios que fueron revisados en el capítulo 4 y que se resumen en la tabla 8.1, permiten sugerir que los trastornos mentales en las víctimas del terrorismo en España son más frecuentes que en las víctimas del terrorismo en otros países, incluso cuando las víctimas españolas fueron evaluadas como media 21,5 años después de los atentados. Así, por ejemplo, la prevalencia puntual del TEPT y del trastorno depresivo mayor en el presente estudio fue de 35,8% y 22,2%, respectivamente, para las víctimas directas después de que hubiese pasado una media de 21,5 años, mientras que en los estudios previos realizados después de que hubiese pasado al menos un año desde los atentados, la prevalencia de dichos trastornos en víctimas directas fue, respectivamente, de 27,7% y 10% (véase la tabla 8.1).

Cabría preguntarse por las razones por las que las víctimas del terrorismo en España parecen presentar a muy largo plazo más trastornos mentales que las víctimas del terrorismo en otros países tras menos de 5-7 años. Obviamente, este no fue el objetivo principal del presente estudio, pero, siguiendo a García-Vera (2015), se podrían plantear algunas explicaciones, no excluyentes entre sí ni con otras, que presumiblemente interactuarían entre ellas para dar cuenta de esa alta prevalencia y que tienen que ver con factores históricos relacionados con las características del terrorismo en España, con el apoyo que han recibido las víctimas del terrorismo por parte de la sociedad española y con la atención psicológica que han recibido por parte del sistema español de salud público o privado. En concreto, según García-Vera (2015), esa alta prevalencia tendría que ver con que las víctimas españolas han tenido: 1) una intensa y repetida exposición a los atentados en forma de exposición directa o cercana a otros atentados, a las noticias sobre atentados en los medios de comunicación, a la violencia callejera relacionada con el terrorismo, a amenazas personales continuadas por parte de los terroristas o de su entorno, etc.; 2) un escaso apoyo por parte de la sociedad, al menos hasta fechas muy recientes, y 3) una atención psicológica poco adecuada, al menos hasta fechas muy recientes.

Respecto a la primera razón, García-Vera (2015) argumenta, basándose en los resultados del estudio de López-Romo (2015), que durante los años 1991-2013 hubo 5.113 ataques de *kale borroka* (violencia callejera) a empresas en el País Vasco, que en el año 2002 había 963 personas (políticos, jueces, fiscales, periodistas, profesores, etc.) escoltadas por amenaza de ETA contra sus vidas (eso sin contar policías, todos ellos objetivos de la banda) y que, entre 1995 y 2000, hubo una media de 804 ataques terroristas cada año entre acciones de ETA y violencia callejera. Es más, durante los “años de plomo” del terrorismo en España (1978-1988) hubo más de 65 fallecidos al año por atentados terroristas, más de un fallecido cada semana.

Además, según los datos del estudio de Martín Peña (2013), la violencia psicológica experimentada por las víctimas y los amenazados del terrorismo en el País Vasco fue muy elevada (García-Vera, 2015). Según los datos de ese estudio, el 69% de las víctimas o amenazados del terrorismo en el País Vasco sufrieron aislamiento social, el 68% sufrieron control y vigilancia por parte de personas de la comunidad cercanas al entorno terrorista, el 74% recibió amenazas, el 79% sufrió desprecio, humillación y

rechazo y el 90% se sintió estigmatizado.

En cuanto a la segunda razón, García-Vera (2015) argumenta que en España, por ejemplo, durante los primeros años de terrorismo las víctimas no eran muy tenidas en cuenta por la sociedad e incluso tenían que “escondarse” y casi avergonzarse de su condición de víctimas, especialmente en el País Vasco (Calleja, 2006; López Romo, 2015). De hecho, algunos estudios han constatado diferencias muy importantes en España en el reconocimiento y apoyo de la sociedad hacia las víctimas del terrorismo en función del año en que se produjo el atentado, el lugar de España donde ocurrió y la actividad o profesión de la víctima. En concreto, durante los años comprendidos entre 1978 y 1988, período conocido como los “años de plomo”, porque durante los mismos se produjeron el mayor número de atentados terroristas y el mayor número de fallecidos por terrorismo, las víctimas no recibieron el adecuado apoyo y reconocimiento social, a pesar de la magnitud de la barbarie terrorista, y ese apoyo y reconocimiento era aún más escaso en las ciudades y pueblos del País Vasco que en otras ciudades y pueblos de España, y cuando las víctimas pertenecían al ejército o a las fuerzas de seguridad que cuando las víctimas eran civiles (Calleja, 2006; López Romo, 2015). Así, por ejemplo, un estudio publicado muy recientemente sobre la consideración social de las víctimas del terrorismo en el País Vasco durante los años 1968-2010 revelaba que el 76% de los asesinatos realizados por la banda terrorista ETA durante los años de la transición (1978-1981) y el 82% durante los años de la consolidación democrática (1982-1995) no generaron movilización social alguna de apoyo a las víctimas, mientras que, por el contrario, el 100% de los asesinatos de miembros de la banda terrorista ETA sí fueron respondidos con manifestaciones o huelgas de apoyo a los terroristas asesinados (López Romo, 2015). Afortunadamente, con el Pacto de Ajuria Enea de 1988 y la irrupción de Gesto por la Paz dos años antes se inició una respuesta social sistemática, la cual llegó a ser multitudinaria tras el asesinato de Miguel Ángel Blanco, el concejal del PP en Ermua (Vizcaya, País Vasco), en 1997.

Finalmente, una tercera razón, según García-Vera (2015), tiene que ver con que los conocimientos sobre el tratamiento psicológicos de los trastornos mentales provocados por el terrorismo eran escasos en los años 70, 80 y 90 del siglo pasado, e incluso cuando tales conocimientos ya estaban disponibles para la comunidad científica y profesional (p. ej., en la primera década del siglo XXI), no fueron llevados convenientemente a la

práctica por las autoridades sanitarias. Por ejemplo, según el informe de su director (Ferre Navarrete, 2007), el plan extraordinario de atención a la salud mental para los afectados por los atentados del 11-M que se puso en marcha en la Comunidad de Madrid entre 2004 y 2006 contrató el doble de psiquiatras que de psicólogos, cuando entonces ya se sabía que el tratamiento de elección para el TEPT es psicológico (García-Vera *et al.*, 2015), y, hasta diciembre de 2006, realizó 3.243 primeras consultas y 14.497 consultas de revisión mensuales o bimensuales para 3.234 pacientes atendidos, lo que suponía una media de 4,5 consultas mensuales o bimensuales por paciente, lo que cuestiona que en dichas consultas se pudieran implementar los tratamientos psicológicos que según la literatura científica son eficaces y efectivos para el TEPT y que implican un mayor número de sesiones y que éstas sean semanales (García-Vera *et al.*, 2015).

8.2. Prevalencia de los trastornos psicológicos en función del tipo de víctima, el sexo, la edad, el tiempo transcurrido desde los atentados y el tipo de atentado

Los restantes objetivos principales de la presente investigación empírica tenían que ver con estudiar los factores que influyen en las diferencias en la prevalencia de los trastornos psicológicos en las víctimas del terrorismo, en concreto, estudiar la influencia del tipo de víctimas (heridos, familiares de fallecidos y familiares de heridos), del sexo, de la edad, del tiempo transcurrido desde los atentados y del tipo de atentado (masivo frente a no masivo).

Los resultados de los análisis de regresión logística binaria realizados sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos y grupos de trastornos psicológicos evaluados en la presente investigación indican, en general, que, tras controlar el efecto de los demás factores, el sexo y el tipo de víctimas son los factores que más influyen en dicha prevalencia, seguidos de la edad, mientras que tiempo transcurrido desde el atentado no tiene ninguna influencia estadísticamente significativa y el tipo de atentado solamente la tiene sobre la prevalencia de la fobia específica.

Estos factores coinciden con los apuntados tanto en estudios previos con víctimas directas o indirectas del terrorismo (véase DiMaggio y Galea, 2006, para la influencia del tipo de víctimas y del sexo; Gil y Caspi, 2006, para la influencia del tipo de víctimas) como en estudios con víctimas de otros desastres (véase Norris *et al.*, 2002, para la

influencia del sexo) o en estudios epidemiológicos previos realizados con muestras de la población general (véase Haro *et al.*, 2006, para la influencia del sexo y la edad).

En concreto, en la presente investigación, tras controlar el efecto de los restantes factores, las víctimas mujeres, en comparación a las víctimas varones, tenían el triple de probabilidad de padecer actualmente un trastorno psicológico, particularmente, un trastorno depresivo mayor o un trastorno de angustia, y 2,5 veces más probabilidades de padecer TEPT, mientras que las víctimas heridas, en comparación a los familiares de los fallecidos y a los familiares de los heridos, tenían el triple de probabilidad de padecer trastorno depresivo mayor, 2,5 veces más probabilidades de padecer trastorno de angustia y 4 veces más probabilidades de padecer TEPT. Así mismo, los familiares de fallecidos en atentados tenían casi el doble de probabilidad de padecer actualmente un trastorno psicológico, en especial cualquier trastorno de ansiedad, en comparación a los familiares de los heridos.

Además, las víctimas de más edad tenían una menor probabilidad de padecer actualmente un trastorno psicológico que las víctimas de menos edad, especialmente trastornos de ansiedad y, en particular, el trastorno de angustia y el TEPT. Este resultado sobre la edad como factor de protección confirma los resultados de otros estudios previos con víctimas del terrorismo (Norris, Friedman, Watson, Byrne *et al.*, 2002; DiGrande, Neria, Brackbill, Pulliam y Galea, 2010; Galea, Vlahov, Tracy, Hoover, Resnick y Kilpatrick, 2004).

Finalmente, las víctimas de atentados masivos tenían el doble de probabilidades de padecer actualmente una fobia específica, posiblemente vinculado a la fobia a los transportes que pudieron desarrollar las víctimas del 11-M, puesto que el 79,1% de las víctimas que habían sufrido un atentado masivo eran víctimas del 11-M.

Este patrón de resultados fue muy similar cuando se analizaron los efectos del sexo, el tipo de víctimas, la edad y el tipo de atentado sobre la prevalencia vital de los trastornos, salvo pequeñas diferencias como, por ejemplo, que la influencia del tipo de víctimas sobre la prevalencia vital del TEPT fue más importante, que la edad no afectaba a la prevalencia vital del TEPT, pero sí a la del trastorno obsesivo-compulsivo, o que el tipo de atentado no afectaba a la prevalencia de la fobia específica, pero sí a la de los

trastorno de ansiedad en su conjunto. Así, por ejemplo, las víctimas heridas tenían casi siete veces mayor probabilidad de haber sufrido un TEPT en algún momento de su vida que los familiares de los fallecidos o de los heridos, y los familiares de fallecidos en atentados, en comparación a los familiares de heridos, tenían más del doble de probabilidad de haber padecido en algún momento de su vida un TEPT.

Como era de esperar, puesto que así lo sugería los estudios previos sobre otros desastres (North, Smith y Spitznagel, 1994; North, Nixon, Shariat, Mallonee, McMillen, Spitznagel y Smith, 1999; Norris, Friedman y Watson, 2002; North, Oliver y Pandya, 2012), en las víctimas del terrorismo se ha encontrado diferencias importantes en la presencia de trastornos psicológicos en función del sexo, resultado que es muy consistente en la literatura científica sobre la población de víctimas del terrorismo (North, Pfefferbaum, Narayanan, Thielman, McCoy, Dumont, Kawasaki, Ryosho y Spitznagel, 2005; Bleich, Gelkopf y Solomon, 2003; DiGrande, Neria, Brackbill, Pulliam y Galea, 2010; Dimaggio y Galea, 2006; Njenga, Nicholls, Nyamai, Kigamwa y Davidson, 2004; Page, Kaplan, Erdogan y Guler, 2009). Puesto que el sexo influye de manera tan importante y consistente en la prevalencia puntual o vital de los trastornos mentales en víctimas del terrorismo, merecía la pena comparar dichas prevalencias para cada sexo por separado con la prevalencias de los trastornos mentales en la población general española también para cada sexo por separado, de manera que los resultados de dicha comparación no estuvieran afectados por las diferencias en sexo entre ambos tipos de población. Como puede verse en las tablas 8.3 y 8.4, incluso comparando los datos de prevalencia para cada sexo por separado, la presencia de trastornos psicológicos en las víctimas del terrorismo en España sigue siendo mucho más elevada que en la población general, incluso después de una media de 21,5 años tras los atentados, tal y como se comentaba líneas atrás. Así, por ejemplo, respecto al TEPT, su prevalencia puntual en las mujeres víctimas multiplica por 60 la de las mujeres de la población general (30,7% frente a 0,94%), mientras que su prevalencia puntual en los varones víctimas multiplica por 90 la de los varones de la población general (22,5% frente a 0,25%). Estos resultados, pues, refuerzan aún más la idea de que las víctimas del terrorismo necesitan asistencia y seguimientos psicológicos a corto y medio plazo, pero también a largo y muy largo plazo, puesto que es una población que incluso después de una media de 21,5 años presentan de forma muy considerable más necesidades de atención a su salud mental que la población general.

Tabla 8.3. Comparación de las prevalencias puntuales y vitales de los grupos de trastornos evaluados según el sexo tanto en la muestra de víctimas evaluada en el presente estudio como en la muestra de población normal evaluada por Haro *et al.* (2006)

Trastorno	Prevalencia puntual en víctimas de terrorismo (%)		Prevalencia-año en población general (Haro <i>et al.</i> , 2006) (%)		Prevalencia vital en víctimas de terrorismo (%)		Prevalencia-vida en población general (Haro <i>et al.</i> , 2006) (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
T. depresivo mayor	12,1	23,2	2,15	5,62	29,6	46,1	6,29	14,47
T. distímico	2,9	6,7	1,49	0,52	2,9	6,7	1,85	5,29
T. de angustia	9,2	17,2	0,38	0,98	17,1	25,1	0,95	1,70
TEPT	22,5	30,7	0,25	0,94	31,7	42,7	1,06	2,79
Agorafobia sin historia de t. de angustia	2,1	8,2	0,15	0,60	5,0	13,5	0,47	0,76
Fobia social	5,8	6,0	0,57	0,64	6,3	7,9	1,06	1,28
Fobia específica	11,3	18,4	1,19	4,20	12,1	19,5	2,32	6,54
T. de ansiedad generalizada	10,8	12,7	0,44	1,18	11,7	13,1	1,15	2,57
Cualquier t. del estado de ánimo	16,7	30,3	2,33	6,25	35	52,8	6,71	15,85

Trastorno	Prevalencia puntual en víctimas de terrorismo (%)		Prevalencia-año en población general (Haro <i>et al.</i> , 2006) (%)		Prevalencia vital en víctimas de terrorismo (%)		Prevalencia-vida en población general (Haro <i>et al.</i> , 2006) (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Cualquier t. de ansiedad	35,0	53,6	2,53	7,61	45,8	64,0	5,71	12,76
Cualquier t. en general	40,8	58,8	5,25	11,44	56,3	73,4	15,67	22,93

Tabla 8.4. Comparación de las prevalencias puntuales y vitales de los grupos de trastornos evaluados según el grupo de edad tanto en la muestra de víctimas evaluada en el presente estudio como en la muestra de población normal evaluada por Haro *et al.* (2006)

Trastorno	Prevalencia puntual en víctimas de terrorismo (%)					Prevalencia-año en población general (Haro <i>et al.</i> , 2006) (%)				
	18-24	25-34	35-49	50-64	≥65	18-24	25-34	35-49	50-64	≥65
Cualquier trastorno del estado de ánimo	26,7	22,4	26,6	24,4	17,9	3,8	3,4	4,5	5,4	4,4
Cualquier trastorno de ansiedad	46,7	46,3	55,5	41,5	30,8	7,8	4,2	4,5	6,0	3,9
Cualquier trastorno en general	46,7	49,3	61,0	48,2	35,9	10,1	8,5	8,4	9,1	6,6

Finalmente, en la presente investigación el tiempo transcurrido desde el atentado no tuvo influencia significativa sobre la prevalencia de los trastornos mentales en víctimas del terrorismo, a pesar de lo indicado por algunos estudios como, por ejemplo, el metaanálisis de Dimaggio y Galea (2006). Sin embargo, es importante recalcar que los estudios incluidos en dicho metaanálisis solo permitieron examinar las diferencias transversales entre los primeros meses y el primer año o los primeros años, como máximo 5 o 7 años, pero en la mayoría simplemente al año, mientras que en este estudio se ha analizado en la misma muestra de participantes un rango mucho más amplio de años transcurridos desde el atentado, entre 6 y 39 años, con una media de 21,5 años.

8.4. Limitaciones del estudio y futuras investigaciones

Los resultados encontrados en la presente investigación y los comentarios que se han realizado en los apartados anteriores deberían considerarse a la luz de las limitaciones de esta investigación empírica. La primera tiene que ver con la selección de participantes y su representatividad de la población general de víctimas. Los participantes en esta investigación eran víctimas que pertenecían todas ellas a asociaciones de víctimas, por lo que no se incluyeron aquellas víctimas de terrorismo que no forman parte de ninguna asociación. Cabría la posibilidad de que precisamente las víctimas con más trastornos psicológicos fueran las que no estuvieran asociadas, pero también justo lo contrario, que las que estén mejor no vean necesidad de asociarse ya que precisamente uno de los servicios que suelen ofrecer las asociaciones de víctimas es proporcionar asistencia psicológica a sus asociados o canalizar las ayudas y los medios para obtenerla. Desgraciadamente, no se puede descartar la existencia de un sesgo de selección en alguna de esas direcciones. No obstante, es importante señalar que un porcentaje considerable de la población de víctimas del terrorismo en España es miembro de alguna asociación nacional o regional de víctimas del terrorismo. Oficialmente hay en España 1.385 fallecidos reconocidos como víctimas de terrorismo (Dirección General de Apoyo a Víctimas de Terrorismo, comunicación personal a la Prof.^a María Paz García-Vera, 21 de enero de 2011). El número de personas heridas reconocidas oficialmente como víctimas del terrorismo es de 4.380 (Dirección General de Apoyo a Víctimas de Terrorismo, comunicación personal a la Prof.^a María Paz García-Vera, 21 de enero de 2011), la mayoría de las cuales fueron heridas en atentados de ETA (hasta 2002, se estimaban en

2.367 los heridos por ETA; Buesa, 2006) o en los atentados del 11-M (1.841 personas; Sentencia nº 65/2007 de la Audiencia Nacional de España). Estas cifras unidas a las de los familiares directos (padres, hijos y cónyuges) de los fallecidos, permiten estimar que en España el número de víctimas directas e indirectas del terrorismo supera las 21.675 personas (estimando tres familiares directos por cada fallecido o herido en atentados terroristas y sumando a la cantidad resultante el número de heridos). Pues bien, la AVT cuenta actualmente con más de 4.000 asociados (véase su página web: <http://avt.org/historia-y-fines/>), lo que implica que se podría estimar que al menos el 18,4% de las víctimas del terrorismo en España están asociadas.

Otra limitación relacionada con la anterior y que puede cuestionar la representatividad de la muestra de víctimas y la generalización de los resultados que se obtuvieron con ellas, tiene que ver con la tasa de respuesta de la investigación. El llevar a cabo un estudio con un diseño de dos fases siempre conlleva asumir un riesgo acerca de la pérdida de participantes entre la primera y la segunda fase. A los rechazos contabilizados en la primera fase ($n = 256$), se añaden los rechazos contabilizados en la segunda ($n = 423$ de los 915 contactados, equivalente a un 46,2% de las personas contactadas para realizar la entrevista diagnóstica). Por lo tanto, la tasa de respuesta del estudio estaría entre un 42% (contando los rechazos de la primera fase) y un 53,8% (contabilizando solo los rechazos de la segunda fase), cifras que son comparables o incluso mejores a las obtenidas en otros estudios con víctimas del terrorismo en España. Por ejemplo, en su estudio sobre las consecuencias psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid mediante una entrevista telefónica realizada a una muestra de la población general, Miguel-Tobal et al. (2006) tan solo pudieron obtener una tasa de respuesta efectiva del 38,7%, porcentaje que es inferior al obtenido en la presente investigación. En cualquier caso, ambos porcentajes no resultan sorprendentes ya que es comprensible que la realización de entrevistas telefónicas o presenciales que indaguen por las reacciones psicopatológicas provoque cierto malestar y susceptibilidad en algunas personas y que, por tanto, rechacen completarlas. No obstante, es importante señalar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las víctimas que realizaron la entrevista diagnóstica y las que no la realizaron en cuanto al sexo, la edad de la persona en el momento de la evaluación, la edad de la persona cuando sufrió el atentado, el tipo de atentado sufrido o los años transcurridos desde el atentado, aunque sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de víctimas en cuanto al tipo de

víctima y la presencia de sintomatología psicopatológica e inadaptación, por lo que tampoco es posible descartar del todo un cierto sesgo de selección ligado a la tasa de respuesta

Otra limitación del estudio tiene que ver con la fiabilidad de los diagnósticos. Fueron varios los psicólogos que realizaron las entrevistas, pero ni se realizó previamente un estudio de fiabilidad interjueces sobre sus diagnósticos y ni se ha llevado a cabo todavía ningún estudio de fiabilidad interjueces sobre los diagnósticos ya realizados. No obstante, es importante señalar que todos los psicólogos fueron entrenados en la aplicación de la SCID-I-VC a víctimas del terrorismo y que semanalmente se realizaban sesiones clínicas en las que se trataban las posibles complicaciones diagnósticas que se pudiesen haber encontrado. No obstante, sería recomendable que en investigaciones futuras se evaluase la fiabilidad interjueces antes de realizar el estudio para asegurar que la misma es apropiada y que, por tanto, las cifras de prevalencia se corresponden con diagnósticos fiables.

Por último, es importante destacar que los resultados aquí obtenidos se deben generalizar con mucha precaución a otros países, especialmente a países menos desarrollados. De hecho, la realización de estudios sobre la prevalencia de los trastornos psicológicos en víctimas de atentados terroristas ocurridos en países menos desarrollados es, como se comentó en los capítulos introductorios, una asignatura pendiente de la literatura científica, máxime dado que en esos países es donde se produce el mayor número de atentados terroristas y donde hay un mayor número de víctimas.

Capítulo 9

Conclusiones generales

Sintetizando la información y los resultados más importantes de la presente tesis doctoral, se podría concluir que:

- 1) El terrorismo es un problema de gran relevancia mundial y sus consecuencias psicopatológicas están ampliamente extendidas entre sus víctimas directas e indirectas, pero, hasta el momento no hay ningún estudio que haya examinado las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas en términos de trastornos psicológicos diagnosticables a muy largo plazo, por ejemplo, después de 20-30 años. Además, la mayoría de los estudios sobre las consecuencias psicopatológicas a corto, medio o largo plazo se han basado en evaluaciones realizadas con instrumentos de cribado, con los cuales es menos válido realizar un diagnóstico.
- 2) El presente estudio cubre esas lagunas en la literatura científica y, utilizando una entrevista diagnóstica estructurada con buenas propiedades psicométricas y basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV, ha permitido descubrir que aproximadamente la mitad de las víctimas de atentados terroristas en España presentan actualmente, tras una media de 21,5 años desde los atentados, uno o varios trastornos psicológicos, siendo más prevalentes en general los trastornos de ansiedad que los del estado de ánimo.
- 3) Después de un atentado terrorista pueden aparecer una gran variedad de trastornos mentales diagnosticables (p. ej., diversos trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o adaptativos), y estos trastornos pueden persistir a muy largo plazo, es decir, incluso después de una media de 21,5 años desde que los atentados ocurrieron.
- 4) Los trastornos más prevalente en la víctimas del terrorismo en cualquier momento de su vida (prevalencia vital) son el TEPT y el trastorno depresivo mayor, pero después de una media de 21,5 años, el trastorno más prevalente en la actualidad es el TEPT, tal y como ya indicaba la literatura científica sobre los trastornos presentes a corto, medio y largo plazo (North et al., 1999; North et al., 2005; Conejo-Galindo et al., 2008; North et al., 2011), seguido del trastorno depresivo mayor.
- 5) Incluso después de una media de 21,5 años tras los atentados terroristas, los porcentajes de víctimas del terrorismo que sufren TEPT, trastornos depresivos u otros

trastornos de ansiedad son mucho mayores que la prevalencia habitual de tales trastornos en la población general.

- 6) Esa elevadísima prevalencia señala a una necesidad sanitaria de primer orden de la cual las autoridades sanitarias deben encargarse ya que, después de un atentado terrorista, las víctimas necesitan asistencia y seguimientos psicológicos a corto y medio plazo, pero también a largo y muy largo plazo. La amplia literatura científica sobre la resiliencia de las personas ha provocado que muchos profesionales, científicos, gestores y políticos focalicen su atención sobre las expectativas de recuperación natural de la mayoría de las víctimas. Aunque esto es cierto, una excesiva focalización podría conducir a un grave peligro: que no se proporcionen (o mantengan) tratamientos psicológicos adecuados para las personas que lo necesiten incluso a muy largo plazo.
- 7) El sexo y el tipo de víctimas son los factores que más influyen en la presencia de trastornos psicológicos en víctimas del terrorismo, seguidos de la edad, mientras que el tipo de atentado tiene una influencia muy pequeña y el tiempo transcurrido desde el atentado no tiene ninguna influencia estadísticamente significativa.
- 8) Las víctimas mujeres, en comparación a las víctimas varones, tienen mayor probabilidad de padecer actualmente y de haber padecido en algún momento de su vida un trastorno psicológico, particularmente, un trastorno depresivo mayor, un trastorno de angustia o un TEPT.
- 9) Las víctimas heridas, en comparación a los familiares de los fallecidos y a los familiares de los heridos, tienen mayor probabilidad de padecer actualmente o haber padecido en algún momento de su vida un trastorno psicológico, en particular un trastorno depresivo mayor, un trastorno de angustia o un TEPT. A su vez, los familiares de fallecidos en atentados, en comparación a los familiares de los heridos, tienen mayor de probabilidad de padecer actualmente un trastorno psicológico, en especial cualquier trastorno de ansiedad, o de haber padecido un TEPT en algún momento de su vida.
- 10) En general, las víctimas de más edad tenían una menor probabilidad de padecer actualmente un trastorno psicológico que las víctimas de menos edad, especialmente

trastornos de ansiedad y, en particular, el trastorno de angustia y el TEPT.

- 11) En resumen, las víctimas heridas, los familiares de fallecidos, las mujeres y las personas jóvenes son grupos de víctimas con mayor riesgo de sufrir un trastorno psicológico tras un atentado terrorista y precisan, por tanto, una mayor atención o un mayor seguimiento psicológico.

Bibliografía

- Abenhaim, L., Dab, W., y Salmi, L. R. (1992). Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(2), 103-109.
- Adams R. E., y Boscarino, J. A. (2005). Differences in mental health outcomes among Whites, African Americans, and Hispanics following a community disaster. *Psychiatry*, 68(3), 250-265.
- Adams, R. E., y Boscarino, J. A. (2006). Predictors of PTSD and delayed PTSD after disaster: the impact of exposure and psychosocial resources. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194(7), 485-493.
- Aker, A. M., Sorgun, E., Mestçioğlu, Ö., Karakaya, I., Sorgun, E., Acar, G., Biçer, Ü., y Acicbe, Ö. (2008). Traumatic stress effects of bombing attacks in Istanbul on adults and adolescents. *Turkish Journal of Psychology*, 23(61), 72-74.
- Allison, P. (2014). *Measures of fit for logistic regression*. Comunicación presentada en el SAS Global Forum, Washington, DC, 23-26 de marzo. Consultado el 1 de septiembre de 2015 en la página web: <http://statisticalhorizons.com/wp-content/uploads/GOFForLogisticRegression-Paper.pdf>
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson. (Orig. 2000).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. (Traducción española en Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014).
- American Red Cross (1973). *American Red Cross Disaster Services. Guidelines and procedures, n° 2. Disaster program*. Documento n° ARC 2242-2. Revisado en agosto de 1973. American Red Cross. En To investigate the adequacy and effectiveness of Federal disaster relief legislation. Part 5. *Hearings before the Subcommittee on Disaster Relief of the Committee on Public Works. United States Senate. 93rd Congress. First session. Serial n° 93-H6* (pp. 238-240). Washington, DC: U.S. Government Printing Office. Consultado en la página web: <http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015078679597>
- Amir, M., Weil, G., Kaplan, Z., Tocker, T., y Witztum, E. (1998). Debriefing with brief group psychotherapy in a homogenous group of non-injured victims of terrorist attack: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 237-242.

- Amir, M., y Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: A preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 191-206.
- Ankri, Y. L. E., Bachar E., y Shalev, A. Y. (2010). Reactions to terror attacks in ultra-orthodox Jews: the cost of maintaining strict identity. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 73(2), 190-197.
- Beard, J. R., Tracy, M., Vlahov, D., y Galea, S. (2008). Trajectory and Socioeconomic predictors of depression in prospective study of residents of New York City. *Annals of Epidemiology*, 28, 235-243.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Guth, D., Steer, R. A., y Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 785-791.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., Ciervo, C. A., y Kabat, M. (1997). Use of the Beck Anxiety and Beck Depression Inventories for primary care with medical outpatients. *Assessment*, 4, 211-219.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck*. (Adaptación española: Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson Educación.
- Bell, P., Kee, M., Loughrey, G. C., Roddy, R. J., y Curran, P. S. (1988) Post-traumatic stress disorder in Northern Ireland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 166-169.
- Benegas, J. M. (2004). *Diccionario Espasa de terrorismo*. Madrid: Espasa.
- Berninger, A., Webber, M. P., Cohen, H. W., Gustave, J., Lee, R., Niles, J. K., Chiu, S., Zeig-Owens, R., Soo, J., Kelly, K., y Prezant, D. J. (2010). Trends of elevated PTSD risk in firefighters exposed to the World Trade Center disaster: 2001-2005. *Public Health Reports*, 125, 556-566.

- Berninger, A., Webber, M. P., Niles, J. K., Gustave, J., Lee, R. Cohen, H. W., Kelly, K., Corrigan, M., y Prezant, D. J. (2010). Longitudinal study of probable post-traumatic stress disorder in firefighters exposed to the World Trade Center disaster. *American Journal of Industrial Medicine*, 53, 1177-1185.
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., y Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34, 669-673.
- Blanchard, E. B., Rowel, D., Kuhn, E., Rogers, R., y Wittrock, D. (2005). Posttraumatic stress and depressive symptoms in a college population one year after the September 11 attacks: the effect of proximity. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 143-150.
- Bleich, A., Gelkopf, M., y Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorist stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Journal of American Medical Association*, 290(5), 612-620.
- Bleich, A., Gelkopf, M., Melamed, Y., y Solomon, Z. (2006). Mental health and resiliency following 44 months of terrorism: A survey of an Israeli national representative sample. *BMC Medicine*, 4(21). Consultado en la página web <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/4/21/>
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., y Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 671-682.
- Boscarino, J. A., Adams, R. E., y Figley, C. R. (2004). Mental health service use 1-year after the World Trade Center disaster: implications for mental health care. *General Hospital Psychiatry*, 26, 346-358.
- Boscarino, J. A., Galea, S., Adams, R. E., Ahern, J., Resnick, H., y Vlahov, D. (2004). Mental health service and medication use in New York City after the September 11, 2001, terrorist attack. *Psychiatric Services*, 55(3), 274-283.
- Boscarino, J. A., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., y Vlahov, D. (2003). Psychiatric medication use among Manhattan residents following the World Trade Center Disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 301-306.
- Boscarino, J. A., y Adams, R. E. (2009). Peritraumatic panic attacks and health outcomes two years after psychological trauma: Implications for intervention and research. *Psychiatry Research*, 167, 139-150.

- Brackbill, M. R., Hadler, J. L., DiGrande, L., Ekenga, C. C., Farfel, M. R., Friedman, S., Perlman, S. E., Stellman, S. D., Walker, D. J., Wu, D., Yu, S., y Thorpe, L. E. (2009). Asthma and posttraumatic stress symptoms 5 to 6 years following exposure to the World Trade Center terrorist attack. *Journal of American Medical Association*, 302(5), 502-516.
- Brewin, C. R., Andrews, B., y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Buesa, M. (2006). *Consecuencias económicas del terrorismo nacionalista en el País Vasco*. Documento de trabajo nº 53 del Instituto de Análisis Industrial y Financiero de la Universidad Complutense de Madrid. Consultado en la página web: <http://eprints.ucm.es/7939/1/53.pdf>
- Calleja, J. M. (2006). *Algo habrá hecho: odio, muerte y miedo en Euskadi*. Madrid: Espasa Calpe.
- Calleja, J. M., y Sánchez-Cuenca, I. (2006). *La derrota de ETA, de la primera a la última víctima*. Madrid: Adhara Publicaciones.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). Mental health status of World Trade Center rescue and recovery workers and volunteers - New York City, July 2002-August 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53(35), 812-815.
- Chiu, S., Niles, J. K., Webber, M. P., Zeig-Owens, R., Gustave, J., Lee, R., Rizzotto, L., Kelly, K. J., Cohen, H. W., y Prezant, D. J. (2011). Evaluating risk factors and possible mediation effects in posttraumatic depression and posttraumatic stress disorder comorbidity. *Public Health Reports*, 126, 201-209.
- Conejo-Galindo, J., Medina, O., Fraguas, D., Terán, S., Sainz-Cortón, E., y Arango, C. (2008). Psychopathological sequelae of the 11 March terrorist attacks in Madrid: An epidemiological study of victims treated in a hospital. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 28-34.
- Corominas, J., y Pascual, J. A. (1983). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico. RI-X*. Madrid: Gredos.
- Cukor, J., Wyka, K., Jayasinghe, N., Weathers, F., Giosan, C., Leck, P., Roberts, J., Spielman, L., Crane, M., y Difede, J. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms in utility workers deployed to the World Trade Center following the attacks of September 11, 2001. *Depression and Anxiety*, 28,

- 210-217.
- Curran, P. S., Bell, A., Murray, A., Loughrey, G., Roddy, R., y Rocke, G. (1990). Psychological consequences of the Enniskillen bombing. *British Journal of Psychiatry*, 156, 479-482.
- Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G., y George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 713-721.
- De Clercq, M., de Frama, B. H., y Hoyois, P. (1999). Impact à trois ans d'un attentat sur les intervenants du plan catastrophe. *Médecine de Catastrophe et Urgence Collectives*, 2, 153-158.
- De la Calle, L., y Sánchez-Cuenca, I. (2011). The quantity and quality of terrorism: the DTV dataset. *Journal of Peace Research*, 48(1), 49-58. [DTV dataset consultada en <http://www.march.es/dtv>]
- Desivilya, H. S., Gal, R., y Ayalon, O. (1996). Exent of victimization, traumatic stress symptoms, and adjustment of terrorist assault survivors: A long-term follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4), 881-889.
- DiGrande, L., Neria, Y., Brackbill, R. M., Pulliam, P., y Galea, S. (2010). Long-term posttraumatic stress symptoms among 3,271 civilian survivors of the September 11, 2001 terrorist attacks on the World Trade Center. *American Journal of Epidemiology*, 173, 271-281.
- DiGrande, L., Perrin, M. A., Thorpe, L. E., Thalji, L., Murphy, J., Wu, D. Farfel, M., y Brackbill, R. M. (2008). Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 1-3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 264-273.
- DiMaggio, C. y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: a meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13, 559-566.
- Dougal, A. L., Herberman, H. B., Delahanty, D. L., Inslicht, S. S., y Baum, A. (2000). Similarity of prior trauma exposure as a determinant of chronic stress responding to an airline disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 290-295.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.

- Evans, S., Giosan, C., Patt, I., Spielman, L., y Difede, J. (2006). Anger and its association to distress and social/occupational functioning in symptomatic disaster relief workers responding to the September 11, 2001, World Trade Center disaster. *Journal of Traumatic Stress, 19*(1), 147-152.
- Evans, S., Patt, I., Giosan, C., Spielman, L., y Difede, J. (2009). Disability and posttraumatic stress disorder in disaster relief workers responding to the September 11, 2001 World Trade Center disaster. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 684-694.
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., Ritchie, P., Maj, M., y Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology, 48*(3), 177-193.
- Ferre Navarrete, F. (2007). Salud mental y atentados terroristas. En P. Arcos González y R. Castro Delgado (Dir.), *Terrorismo y salud pública. Gestión sanitaria de atentados terroristas por bomba* (pp. 145-165). Madrid: Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., y Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I)*. Nueva York: Biometric Research Department.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión clínica. SCID-I*. Barcelona: Masson.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD. Emotional processing of traumatic experiences – Therapist guide*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Fraguas, D., Terán, S., Conejo-Galindo, J., Medina, O., Sainz, E., Ferrando, L., Gabriel, R., y Arango, C. (2006). Posttraumatic stress disorder in victims of the March 11 attacks admitted to a hospital emergency room: 6-month follow-up. *European Psychiatry, 21*, 143-151.
- Freh, F. M., Chung, M. C., y Dallos, R. (2013). In the shadow of terror: Posttraumatic stress and psychiatric co-morbidity following bombing in Iraq: The role of

- shattered world assumptions and altered self-capacities. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 215-225.
- Fuertes Rocañín, J. C., Martínez Sánchez, O., Gómez Soto, M. C., y de la Gándara Martín, J. (1999). El "síndrome del Norte": ¿mito o realidad? (segunda parte). *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 8, 19-34.
- Gabriel, R., Ferrando, L., Sainz-Cortón, E., Mingote, C., García-Camba, E., Fernández-Liria, A., y Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: an epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry*, 22, 339-346.
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *The New England Journal of Medicine*, 346(13), 982-987.
- Galea, S., Boscarino, J., Resnick, H., y Vlahov, D. (2002). Mental health in New York City after the September 11 terrorist attacks: results from two population surveys. En R. W. Manderscheid y M. J. Henderson (Eds.), *Mental Health, United States, 2001*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M., y Kilpatrick, D. (2003). Trends of probable post-traumatic stress disorder in New York City after the September 11 terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158, 514-524.
- Galea, S., Vlahov, D., Tracy, M., Hoover, D.R., Resnick, H., y Kilpatrick, D. (2004). Hispanic ethnicity and post-traumatic stress disorder after a disaster: evidence from a general population survey after September 11, 2001. *Annals of Epidemiology*, 14(8), 520-531.
- García-Vera, M. P. (2015). *Proyecto UCM-AVT de seguimiento y tratamiento psicológico de las víctimas de atentados terroristas en España: ¿Cuántas víctimas necesitan atención psicológica y durante cuánto tiempo?* Comunicación presentada en el Curso de Verano Complutense 2015 sobre Avances en la atención psicológica a las víctimas del terrorismo y nuevos tratamientos. San Lorenzo de El Escorial, Madrid, 29 de junio de 2015.
- García-Vera, M. P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A., y Marotta-Walters, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Behavioral*

- Psychology/Psicología Conductual*, 23, 215-244.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas: una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10, 129-148.
- García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2015). Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of post-traumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. En J. A. del Real Alcalá (Ed.), *Fundamental rights and vulnerable groups*. Sharjah, UAE: Bentham Science Publishers.
- Gelkopf, M., Solomon, Z., Berger, R., y Bleich, A. (2008). The mental health impact of terrorism in Israel: A repeat cross-sectional study of Arabs and Jews. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(5), 369-380.
- Gil, S. (2005). Pre-traumatic personality as a predictor of post-traumatic stress disorder among undergraduate students exposed to a terrorist attack: a prospective study in Israel. *Personality and Individual Differences*, 39, 819-827.
- Gil, S., y Caspi, Y. (2006). Personality traits, coping style, and perceived threat as predictors of posttraumatic stress disorder after exposure to a terrorist attack: A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 68, 904-909.
- González de Rivera y Revuelta, J. L., Rodríguez Pulido, F., y Sierra López, A. (Eds.). (1993). *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Grieger, T. A., Fullerton, C. S., Ursano, R. J., y Reeves, J. J. (2003). Posttraumatic stress disorder, alcohol use, and perceived safety after the terrorist attack on the Pentagon. *Psychiatric Services*, 54(10), 1380-1382.
- Grieger, T. A., Fullerton, C. S., y Ursano, R. J. (2004). Posttraumatic Stress Disorder, depression, and perceived safety 13 months after September 11. *Psychiatric Services*, 55, 1061-1063.
- Grieger, T. A., Waldrep, D. A., y Lovasz, M. M. (2005). Follow-up of Pentagon employees two years after the terrorist attack of September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 56(11), 1374-1378.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. y el grupo ESEMed-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMed-España. *Medicina Clínica*, 126 (12), 445-451.
- Hillers, R., y Rey, M. (2006). Seguimiento de los afectados por los atentados del 11-M en Madrid desde el dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112. *Anales*

- de Psicología*, 22(1), 1-10.
- Hobfoll, S. E., Canetti-Nisim, D., Johnson, R. J., Palmieri, P. A., Varley, D., y Galea, S. (2008). The association of exposure, risk, and resiliency factors with PTSD among Jews and Arabs exposed to repeated acts of terrorism in Israel. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 9-21.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., y Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care. *The New England Journal of Medicine*, 351, 13-22.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Kaltreider, N., y Álvarez, W. (1980). Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37, 85-92.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2004). *World disasters report 2004. Focus on community resilience*. Ginebra: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2015). *World disasters report 2015. Focus on local actors, the key to humanitarian effectiveness*. Ginebra: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., y González-Ordí, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 195-206.
- Jayasinghe, N., Giosan, C., Evans, S., Spielman, L., y Difede, J. (2008). Anger and posttraumatic stress disorders in disaster relief workers exposed to the September 11, 2001 World Trade Center disaster: one year follow-up study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 196, 844-846.
- Jordan, N. N., Hoge, C. W., Tobler, S. K., Wells, J., Dydek, G. J., y Egerton, W. E. (2004). Mental health impact of 9/11 Pentagon attack. Validation of a rapid assessment tool. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(4), 284-293.
- Kaniasty, K. (2012). Predicting social psychological well-being following trauma: the role of postdisaster social support. *Psychological Trauma*, 4(1), 22-23.
- Kawana, N., Ishimatsu, S., y Kanda, K. (2001). Psycho-physiological effects of the terrorist sarin attack on the Tokyo subway system. *Military Medicine*, 166(12), 23-26.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Petuknova, M., Hill, E. D., y The WHO World Mental Health Survey Consortium. (2012). The importance of

- secondary trauma exposure for post-disaster mental disorder. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 35-45.
- Koenen, K. C., Stellman, J. M., Stellman, S. D., y Sommer, J. F. (2003). Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14-year follow-up of American legionnaires. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 980-986.
- Kun, P., Tong, X., Liu, Y., Pei, X., y Luo, H. (2013). What determinants of post-traumatic stress disorder: age, gender, ethnicity or other? Evidence from 2008 Wenchuan earthquake. *Public Health*, 127, 644-652.
- Kutz, I., y Dekel, R. (2006). Follow-up of victims of one terrorist attack in Israel: ASD, PTSD and perceived threat of Iraqi missile attacks. *Personality and Individual Differences*, 40, 1579-1589.
- Lawyer, S. R., Resnick, H. S., Galea, S., Ahern, J., Kilpatrick, D. G., y Vlahov, D. (2006) Predictors of peritraumatic reactions and PTSD following the September 11th terrorist attacks. *Psychiatry*, 69(2), 130-141.
- Limonero, J., Lacasta, M., García, J., Maté, J., y Prigerson, H. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.
- Lindeman, M., Saari, S., Verkasalo, M., y Prytz, H. (1996). Traumatic stress and its risk factors among peripheral victims of the M/S Estonia disaster. *European Psychologist*, 1(4), 255-270.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., y Arntz, A. (2010). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 75-79.
- López Romo, R. (2015). *Informe Foronda. Los contextos históricos del terrorismo en el País Vasco y la consideración social de sus víctimas 1968-2010*. Instituto de Historia Social Valentín de Foronda, Universidad del País Vasco.
- Luft, B. J., Schechter, C., Kotov, R., Broihier, J., Reissman, D., Guerrero, K., Udasin, I., Moline, J., Harrison, D., Friedman-Jimenez, G., Pietrzak, R. H., Southwick, S. M., y Bromet, E. J. (2012). Exposure, probable PTSD and lower respiratory illness among World Trade Center rescue, recovery and clean-up workers. *Psychological Medicine*, 42, 1069-1079.
- Maes, M., Mylle, J., Delmeire, L., y Altamura, C. (2000). Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: Incidence and

- risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 156-162.
- Magán, I., Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 626-640.
- Martín-Peña, J. (2013). Amenazados de ETA en Euskadi: una aproximación al estudio científico de su victimación. *Eguzkilore*, 27, 95-117.
- McNally, R. J., Bryant, R., y Ehlers, A. (2003) Does early psychological intervention promote recovery from traumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 45-79.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano Vindel, A., Iruarrizaga, I., González Ordi, H., y Galea, S. (2004). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud*, 15(3), 293-304.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González-Ordi, H., y Galea, S. (2005). Psychopathological repercussions of the March 11 terrorist attacks in Madrid. *Psychology in Spain*, 9(1), 75-80.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González-Ordi, H., Muñoz, M., y Casado, M. I. (2005). *Evolución de las consecuencias psicológicas por los atentados del 11-M*. Consultado el 17 de marzo de 2014 en la página web: [http://www.ucm.es/info/seas/tep/Resumen_Rueda_de_prensa_\(4-marzo-2004\).pdf](http://www.ucm.es/info/seas/tep/Resumen_Rueda_de_prensa_(4-marzo-2004).pdf)
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Gonzalez-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Rudenstine, S., Vlahov, D., y Galea, S. (2006). PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 69–80.
- Ministerio de Interior (2013a). *Fallecidos por terrorismo*. Consultado el 26 de noviembre en la página web: <http://www.interior.gob.es/prensa-3/balances-e-informes-21/fallecidos-por-terrorismo-634>
- Ministerio de Interior (2013b). *Últimas víctimas mortales de ETA: cuadros estadísticos*. Consultado el 1 de noviembre en la página web: <http://www.interior.gob.es/prensa-3/balances-e-informes-21/fallecidos-por-terrorismo-634>

- Ministerio de Interior (2015). *Lucha contra el terrorismo*. Consultado el 2 de septiembre en la página web: <http://www.interior.gob.es/lucha-contra-el-terrorismo>
- National Counterterrorism Center. (2006). *NCTC Report on incidents of terrorism 2005*. Consultado el 16 de Septiembre de 2013 en la página web: <http://www.fas.org/irp/threat/nctc2005.pdf>
- National Counterterrorism Center. (2007). *NCTC Report on terrorist incidents - 2006*. Consultado el 16 de Septiembre de 2013 en la página web: http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_06.pdf
- National Counterterrorism Center (2008). *NCTC 2007 Report on terrorism*. Consultado el 16 de Septiembre de 2013 en la página web: http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_07.pdf
- National Counterterrorism Center (2009). *NCTC 2008 Report on terrorism*. Consultado el 16 de Septiembre de 2013 en la página web: http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_08.pdf
- National Counterterrorism Center (2010). *NCTC 2009 Report on terrorism*. Consultado el 16 de Septiembre de 2013 en la página web: http://www.riskintel.com/wp-content/uploads/downloads/2011/10/2009_report_on_terrorism.pdf
- National Counterterrorism Center (2011). *NCTC 2010 Report on terrorism*. Consultado el 16 de Septiembre de 2013 en la página web: http://eib.edu.pl/wp-content/uploads/2012/04/2010_report_on_terrorism.pdf
- National Counterterrorism Center (2012). *Country Reports on Terrorism 2011. NCTC Annex of Statistical Information*. Consultado el 16 de Septiembre de 2013 en la página web: <http://www.state.gov/documents/organization/195768.pdf>
- Nandi, A., Galea, S., Ahern, J., y Vlahov, D. (2005). Probable cigarette dependence, PTSD, and depression after an urban disaster: results from a population survey of New York City residents 4 months after September 11, 2001. *Psychiatry*, 68(4), 299-310.
- Neria, Y., Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M. J., Wickramaratne, P., Das, A., Pilowsky, D. J., Feder, A., Blanco, C., Marshall, R. D., Lantigua, R., Shea, S., y Weissman, M. M. (2006). Posttraumatic stress disorder in primary care one year after the 9/11 attacks. *General Hospital Psychiatry*, 28, 213-222.
- Neria, Y., Nandi, A., y Galea, S. (2007). Post-traumatic stress disorder following

- disasters: a systematic review. *Psychological Medicina*, 38, 467-480.
- Neria, Y., Olfson, M., Gameroff, M. J., Wickramaratne, P., Gross, R., Pilowsky, D. J., Blanco, C., y Manetti-Cusa, J. (2008). The mental health consequences of disaster-related loss: findings from primary care one year after the 9/11 terrorist attacks. *Psychiatry*, 71(4), 339-348.
- Njenga, F. G., Niholls, P. J., Nyamai, C., Kigamwa, P., y Davidson, J. R. T. (2004). Post-traumatic stress after terrorist attack: psychological reactions following the US embassy bombing in Nairobi. *British Journal of Psychiatry*, 185, 328-333.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., y Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-239.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., y Watson, P. J. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65(3), 207-239.
- Norris, F., Smith, T., y Kaniasty, K. (1999). Revisiting the experience-behavior hypothesis: the effects of Hurricane Hugo on hazard preparedness and other self-protective acts. *Basic and Applied Social Psychology*, 21, 37-47.
- North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L., y Smith, E. M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *Journal of American Medical Association*, 282(8), 755-762.
- North, C. S., Oliver, J., y Pandya, A. (2012). Examining a comprehensive model of disaster-related Posttraumatic Stress Disorder in systematically studied survivors of 10 disasters. *American Journal of Public Health*, 102(10), 40-48.
- North, C. S., Pfefferbaum, B., Kawasaki, A., Lee, S., y Spitznagel, E. L. (2011). Psychosocial adjustment of directly exposed survivors 7 years after the Oklahoma City bombing. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 1-8.
- North, C. S., Pfefferbaum, B., Narayanan, P., Thielman, S., McCoy, G., Dumont, C., Kawasaki, A., Ryosho, N., y Spitznagel, E. L. (2005). Comparison of post-disaster psychiatric disorders after terrorist bombings in Nairobi and Oklahoma City. *British Journal of Psychiatry*, 186, 487-493.
- North, C. S., Ringwalt, C. L., Downs, D., Derzon, J., y Galvin, D. (2011). Postdisaster course of alcohol use disorders in systematically studied survivors of 10 disasters. *Archives of General Psychiatry*, 68(2), 173-180.
- North, C., Smith, E., y Spitznagel, E. (1994). Posttraumatic stress disorder in survivors

- of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, 151, 82-88.
- North, C. S., Tivis, L., McMillen, J.C., Pfefferbaum, B., Spitznagel, E. L., Cox, J., Nixon, S., Bunch, K. P., y Smith, E. M. (2002). Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*, 159, 857-859.
- Nuevo, R., Montorio, I., y Ruiz, M. A. (2002). Aplicabilidad del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) a población de edad avanzada. *Ansiedad y Estrés*, 8, 157-172.
- Ohtani, T., Twanami, A., Kasal, K., Yamasue, H., Kato, T., Sasaki, T., y Kato, N. (2004). Post-traumatic stress disorder symptoms in victims of Tokyo subway attack: a 5-year follow up study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 624-629.
- Online Encyclopedia of Mass Violence (2015). *The Online Encyclopedia of Mass Violence: calming the dead who still haunt the present*. Consultado el 20 de mayo de 2015 en la página web: <http://www.massviolence.org/The-Online-Encyclopaedia-of-Mass-Violence-calming-the-dead>
- Ortega Calvo, M., y Cayuela Domínguez, A. (2002). Regresión logística no condicionada y tamaño de muestra: una revisión bibliográfica. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 85-93.
- Page, A. Z., Kaplan, H., Erdogan, N., y Guler, F. (2009). Posttraumatic stress and depression reactions among survivors of the Istanbul November 2003 terrorist attacks. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(3), 280-292.
- Peláez Fernández, M. A., Labrador Encinas, F. J., y Raich Escursell, R. M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 135-148.
- Perrin, M. A., DiGrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M., y Brackbill, R. (2007). Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *The American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1385-1394.
- Person, C., Tracy, M., y Galea, S. (2006). Risk factors for depression after a disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 659-666.
- Pfefferbaum, B., North, C. S., Bunch, K., Wilson, T. G., Tucker, P., y Schorr, J. K. (2002). The impact of the 1995 Oklahoma city bombing on the partners of

- firefighters. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 79(3), 364-372.
- Pfefferbaum, B., Seale, T. W., McDonald, N. B., Brandt, E. N., Rainwater, S. M., Maynard, B. T., Meierhoefer, B., y Miller, P. D. (2000). Posttraumatic stress two years after the Oklahoma City bombing in youths geographically distant from the explosion. *Psychiatry*, 63(4), 358-370.
- Phifer, J. (1990). Psychological distress and somatic symptoms after natural disasters: Differential vulnerability among older adults. *Psychology and Aging*, 5, 412-420.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F. III, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., y Miller, M. (1995). The Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.
- Razik, S., Ehring, T., y Emmelkamp, P. M. G. (2013). Psychological consequences of terrorist attacks: Prevalence and predictors of mental health problems in Pakistani emergency responders. *Psychiatry Research*, 207, 80-85.
- Real Academia Española (2015). Terrorismo. En *Diccionario de la lengua española*, 22ª edición (Artículo emendado. Avance de la vigésima tercera edición). Consultado el 5 de septiembre en la página web: <http://lema.rae.es/drae/?val=terrorismo>
- Reed, G. M., Mendonça Correia, J., Esparza, P., Saxena, S., y Maj, M. (2011). The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*, 10(2), 118-131.
- Reguera, B., Mínguez, A., Barranco, A., Rubert, L., Calle, A., Rodríguez, A., Gutiérrez, Pascual, S., y Sanz, J. (2014). *La lista de verificación del trastorno por estrés postraumático (PCL): propiedades psicométricas de una versión española en víctimas de terrorismo*. Comunicación presentada en el X Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Valencia, 11-13 de septiembre.
- Rodríguez Uribe, J. M. (2013). *Las víctimas del terrorismo en España*. Dykinson, Madrid.
- Rogers, R. (1995). *Diagnostic and structured interviewing: a handbook for psychologists*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R. (2001). *Handbook of diagnostic and structured interviewing*. Nueva York:

Guilford.

- Rubonis, A. V., y Bickman, L. (1991). Psychological impairment in wake of disaster: the disaster-psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*, 109(3), 184-399.
- Salguero, J. M., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., Fernández-Berrocal, P., y Galea, S. (2011). Trajectory and predictors of depression in a 12-month prospective study after the Madrid March 11 terrorist attacks. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1395-1403.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A., y Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: a systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry*, 11, 96.
- Sánchez-Cuenca, I. (2009a). La violencia terrorista en la transición española a la democracia. *Historia del Presente*, 14, 9-24.
- Sánchez-Cuenca, I. (2009b). Analyzing temporal variation in the lethality of ETA. *Revista Internacional de Sociología*, 67(3), 609-629.
- Sanz, J. (2013). Evaluación de los trastornos del estado de ánimo en adultos: depresión. En J. L. Graña Gómez, M. E. Peña Fernández y J. M. Andreu Rodríguez (Eds.), *Manual docente de psicología clínica legal y forense*, 2ª ed. (vol. 2) (pp. 165-227). Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2012). *Propiedades psicométricas de una versión breve española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Fortún, M., y Espinosa, R. (2005). *Desarrollo y propiedades psicométricas de una versión breve española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Comunicación presentada en el V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Buenos Aires (Argentina), 1-2 de julio.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-750.

- Schlenger, W.E., Caddell, J. M., Ebert, L., Jordan, B. K., Rourke, K. M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J. M., Fairbank, J. A., y Kulka, R. A. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *Journal of the American Medical Association*, 288(5), 581-588.
- Scrimin, S., Axia, G., Capello, F., Moscardino, U., Steinberg, A. M., y Pynoos, R. S. (2006). Posttraumatic reactions among injured children and their caregivers 3 months after the terrorist attack in Beslan. *Psychiatry Research*, 141, 333-336.
- Seery, M. D., Holman, E. A., y Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1025-1041.
- Shalev, A. Y. (1992). Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack: Predictive value of early intrusion and avoidance symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180(8), 505-509.
- Shalev, A. Y., y Freedman, S. (2005). PTSD following terrorist attacks: a prospective evaluation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1188-1191.
- Shalev, A. Y., Tuval, R., Frenkiel-Fishman, S., Hadar, H., y Eth, S. (2006). Psychological responses to continuous terror: a study of two communities in Israel. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 667-673.
- Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A., y Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among project liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57(9), 1291-1297.
- Silver, R. C., Holman, E. A., McIntosh, D. N., Poulin, M., y Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of American Medical Association*, 288(10), 1235-1244.
- Silver, R. C., Poulin, M., Holman, E. A., McIntosh, D. N., Gil-Rivas, V., y Pizarro, J. (2005). Exploring the myths of coping with a national Trauma: A longitudinal study of responses to the September 11th terrorist attacks. *Journal of Agression, Maltreatment & Trauma*, 9, 129-141.
- Soca, R. (2015). Terrorista. En *elcastellano.org*. La página del idioma español. Consultado el 17 de julio en la página web: <http://www.elcastellano.org/palabra/terrorista>
- Solomon, Z., Berger, R., y Ginzburg, K. (2007). Resilience of Israeli body handlers: implications of repressive coping style. *Traumatology*, 13(4), 64-74.

- Solomon, Z., Mikulincer, M., y Flum, Y. (1988). Psychological sequelae of war: A 2-year follow-up study of Israeli combat stress reaction casualties. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 264-269.
- Somer, E., Ruvio, A., Soref, E., y Sever, I. (2005). Terrorism, distress and coping: High versus low impact regions and direct versus indirect civilian exposure. *Anxiety, Stress and Coping*, 18(3), 165-182.
- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2013). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2012*. Consultado el 21 de julio de 2014 en la página web: <http://www.state.gov/documents/organization/210288.pdf>
- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2014). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2013*. Consultado el 21 de julio de 2014 en la página web: <http://www.state.gov/documents/organization/225043.pdf>
- START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2015). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2014*. Consultado el 22 de septiembre de 2015 en la página web: <http://www.state.gov/documents/organization/239628.pdf>
- Stellman, J. M., Smith, R. P., Katz, C. L., Sharma, V., Charney, D. S., Herbert, R., Moline, J., Luft, B. J., Markowitz, S., Udasin, I., Harrison, D., Baron, S., Landrigan, P. J., Levin, S. M., y Southwick, S. (2008). Enduring mental health morbidity and social function impairment in World Trade Center rescue, recovery, and cleanup workers: the psychological dimension of an environmental health disaster. *Environmental Health Perspectives*, 116(9), 1248-1253.
- Stuber, J., Resnick, H., y Galea, S. (2006). Gender disparities in posttraumatic stress disorder after mass trauma. *Gender Medicine*, 3(1), 54-67.
- Thompson, M., Norris, F., y Hanacek, B. (1993). Age differences in the psychological consequences of Hurricane Hugo. *Psychology and Aging*, 8, 606-616.
- Tierney, K. J., y Baisden, B. (1979). *Crisis intervention programs for disaster victims: A sourcebook and manual for smaller communities*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Tracy, M., Hobfoll, S. E., Canetti-Nisim, D., y Galea, S. (2008). Predictors of

- depressive symptoms among Israeli Jews and Arabs during the Al Aqsa Intifada: A population-based cohort study. *Annals of Epidemiology*, 18(6), 447-457.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the March 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 61-74.
- Verger, P., Dab, W., Lamping, D. L., Loze, J. Y., Deschaseux-Voinet, C., Abenhaim, L., y Rouillon, F. (2004). The Psychological Impact of Terrorism: An epidemiologic study of posttraumatic stress disorder and associated factors in victims of the 1995-1996 bombing in France. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1384-1389.
- Vittinghoff, E., y McCulloch, E. (2006). Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *American Journal of Epidemiology*, 165, 710-718.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., y Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility*. Comunicación presentada en la 9th Annual Conference of the ISTSS, San Antonio, TX.
- Weissman, A. N., y Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of the Behavior Therapy, Chicago.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H., y Gunderson, J. G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-299.
- Zhang, G., North, C. S., Narayanan, P., Kim, Y., Thielman, S., y Pfefferbaum, B. (2013). The course of postdisaster psychiatric disorders in directly exposed civilians after the US Embassy bombing in Nairobi, Kenya: a follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 195-203.
- Zimering, R., Gulliver, S. B., Knight, J., Munroe, J., y Keane, T. M. (2006). Posttraumatic stress disorder in disaster relief workers following direct and indirect trauma exposure to ground zero. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 553-557.

ANEXOS

Anexo 1:

Entrevista de cribado



CUADERNILLO DE EVALUACIÓN TELEFÓNICA

AVT (ASOCIACIÓN VÍCTIMAS DEL TERRORISMO)

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE: ____/____/____/_____
(Nº FAMILIA / Nº PERSONA / INICIALES / RELACIÓN CON ATENTANDO)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

DURACIÓN DE LA ENTREVISTA: _____

LLAMADAS REALIZADAS:

I. Presentación

*Buenos días. Le llamo de la Asociación Víctimas del Terrorismo (AVT). ¿Podría hablar con _____? (Cuando nos confirmen que es la persona con la que queremos hablar/nos pasen con ella) Buenos días _____, mi nombre es _____. Le llamo de la AVT. Tal y como se le comentaba en la carta que envió la Presidenta de la AVT, estamos haciendo un **Seguimiento de las necesidades psicológicas y sociales** de todos los asociados para tratar de proporcionarles la ayuda que necesiten.*

Es importante que sepa que esta entrevista la estamos haciendo a todos, no sólo a las personas que necesiten ayuda, sino también a quienes estén bien y tengan todas sus necesidades cubiertas. En primer lugar, porque la AVT quiere saber qué porcentaje de personas necesitan ayuda y quiénes no y, en segundo, porque también es muy importante la información que puedan darnos quienes se han recuperado en mayor o menor medida a lo largo de los años.

La entrevista que vamos a realizar consta de una serie de preguntas con una duración total de unos 15 minutos aproximadamente. Pero puede alargarse si usted se encuentra a gusto y así lo desea, ya que por nuestra parte no hay ningún problema y estaremos encantados de extendernos.

Por supuesto, si hay alguna pregunta que no quiera contestar, no hace falta que lo haga, aunque verá que todas las cuestiones son muy sencillas. Y ha de saber que, por supuesto, esta es una entrevista confidencial, por lo que toda la información que recopilamos será tratada también confidencialmente.

Pues si le parece, y está usted en un lugar o habitación tranquilo, donde tenga la adecuada intimidad para responder a las preguntas, comenzamos (en caso de que no tenga esa intimidad hay que darle tiempo para conseguirla o llamar en otro momento).

El/La participante se niega a participar o hace algún amago de que duda si debe o no hacerlo:

No se preocupe, no pasa nada. De todos modos, me gustaría saber si hay algo que le preocupa de esta entrevista, por ej. Pasarla mal recordando cosas de las que uno no quiere acordarse, si le preocupa la confidencialidad de sus datos...

Le agradecemos mucho que nos haya atendido y, por favor, disculpe las molestias. Si cambia de opinión y desea hacer esta breve entrevista, puede indicárnoslo llamando a la sede de la AVT en el teléfono 91 594 07 99.

El/La participante consiente en participar:

En primer lugar, vamos a confirmar sus datos y completarlos con alguna información que necesitamos. Puede interrumpirnos cuando quiera para hacer cualquier tipo de especificación.

II. ENTREVISTA

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (Confirmando los datos que tenemos en la ficha)

¿Su nombre es... y sus apellidos son...?	SIGLAS _____
¿Cuál es su fecha/lugar de nacimiento?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fecha de nacimiento:</i> -----/-----/-----
¿Y su nacionalidad?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lugar de Nacimiento:</i> _____ • <i>Nacionalidad:</i> _____
Entonces tiene usted _____ años	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Edad:</i> _____
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sexo:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Varón 2. Mujer
¿Su estado civil actual es...?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estado civil:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Separado/a 4. Divorciado/a 5. Viudo/a 6. Conviviendo con pareja estable
Antes del atentado, ¿su estado civil era...?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estado civil:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Separado/a 4. Divorciado/a 5. Viudo/a 6. Conviviendo con pareja estable
Si ha estado casado/conviviendo de forma estable con pareja alguna vez	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Matrimonio:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 0. No
Si es así, ¿cuántas veces?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Matrimonio II</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Una 2. Dos 3. Tres 4. Más de tres

<p>¿Actualmente vive en...?</p> <p>¿Convive con....?</p> <p>¿Tiene usted... hijos? ¿Cuántos ha tenido? ¿Cuántos tiene?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Población:</i> _____ • <i>Convivencia</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vive solo 2. Con sus padres 3. Hermanos 4. Pareja 5. Hijos 6. Varios de los anteriores (señalarlos) 7. Amigos u otras personas (especificar) • <i>Hijos tiene</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Uno 2. Dos 3. Tres 4. Más de tres • <i>Hijos fallecidos</i> ¿Cuántos? ¿Motivo? _____
---	--

*Si tiene hijos (especificar datos hijos en la siguiente tabla) :

Ahora le voy a preguntar por algunos datos sobre cada uno de ellos. En algunas ocasiones deberá valorar numéricamente, del 0-10 el grado en el que se dan algunas características (Preguntar primero aprobado/suspendido por columna y luego, que ponga una nota aproximada de 0-10)

	Edad y sexo (V/M)	Rendimiento Escolar / laboral (según edad u ocupación) ²	Relación con sus padres (0-10)	Relación con sus hermanos (0-10)	relación con amigos (0-10)	Empatía (0-10) ³	Capacidad para controlar ira/irritabilidad (0-10)	Consumo de sustancias (0-10)
Hijo 1								
Hijo 2								
Hijo 3								
Hijo 4								
Hijo 5								

² 10 es muy bueno/a y 0 es muy malo/a (el rendimiento, la relación, su capacidad para ponerse en el lugar de los demás, sus relaciones con amigos, con hermanos, su control de emociones como la ira o la irritabilidad)

³ Empatía: su capacidad para ponerse en el lugar de los demás

2. HISTORIA ACADÉMICA

<p>¿Cuáles son los estudios de más alto nivel que ha completado?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel académico: 0. Ninguno 1. Primarios/ EGB/ Primaria obligatoria (básica, bachillerato elemental y revalida de 4º) 2. Secundaria/ ESO/ BUP/ Bachillerato superior y revalida de 6º 3. Bachillerato actual/ COU/ Preuniversitario (Preu) 4. Formación profesional grado medio 5. Formación profesional grado superior 6. Diplomatura universitaria 7. Licenciatura universitaria / Grado universitario (Bolonia) 8. Master universitario/ Posgrado universitario (Bolonia) 9. Doctorado <p>Especificar estudios:</p> <hr/>
<p>Si no ha podido acabar un curso en que se había matriculado, ¿por qué no lo terminó?</p>	<hr/> <hr/>

3. HISTORIA OCUPACIONAL

<p>⚡ ¿Está trabajando en la actualidad?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>Trabajo:</i> 1. Sí 0. No
<p>¿Su ocupación actual es...?</p>	<p>Especificar ocupación actual:</p> <hr/> <hr/> <hr/>

<p>* Anotar clasificación de la clase social (en base a la ocupación profesional)</p> <p>¿Cuánto tiempo lleva en esa situación laboral (trabajo, paro, jubilado...) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Codificar el tipo ocupación actual:</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. Obrero sin cualificar 1. Obrero cualificado 2. Agricultor/ganadero 3. Sector servicios 4. Personal de servicios administrativos 5. Empresario (más de 10 trabajadores) 6. Empresario (menos de 10 trabajadores) 7. Empresario por cuenta propia (autónomo) 8. Directivo/gerente (más de 10 trabajadores) 9. Directivo/gerente (menos de 10 trabajadores) 10. Profesional/técnico (licenciado) 11. Profesional/técnico (diplomado) 12. Profesional/técnico (módulo grado superior) 13. Profesional/técnico (módulo grado medio) 14. Amo/a de casa 15. Estudiante 16. Jubilado debido a la edad 17. Jubilado por enfermedad o minusvalía 18. Prejubilado 19. Parado 20. Militar 21. Guardia civil 22. Policía 23. Reserva activa 24. Varios de los anteriores 1. Clase baja (obreros no cualificados) 2. Clase media-baja (obreros cualificados, agricultor, ganadero) 3. Clase media (administrativos, trabajadores de seguridad, sector servicios (auxiliares, módulos, hostelería) 4. Clase media-alta (directivos (menos de 10 trabajadores) y diplomados). 5. Clase alta (directivos (más de 10 trabajadores), licenciados, master, doctores) <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tiempo ocupación:</i> _____ años
---	--

<p>*Si lleva menos de 6 meses...</p> <p>¿Por qué dejó su último trabajo?</p>	<hr/> <hr/> <hr/>
<p>*Si no trabaja...</p> <p>¿A qué es debido?</p>	<hr/> <hr/>
<p>⌘ ¿Cuánto tiempo lleva en el desempleo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tiempo desempleo:</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. Menos de un año 1. Más de un año 2. NS/NC
<p>¿Está recibiendo o ha recibido alguna ayuda económica relacionada con el atentado?</p> <p>Como puedan ser becas de estudios, pensiones, indemnización...U otro tipo de ayudas, como pueda ser la prestación por desempleo, pensión por jubilación...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ayuda económica:</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Sí • <i>Ayuda relacionada con el atentado</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Sí
<p>*Especificar tipo:</p>	<p>(Especificar: desempleo, víctima,...)</p> <hr/> <hr/>
	<p>Tipo de ayuda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beca de estudios 2. Pensión de viudedad 3. Recibe en el presente indemnización por ser víctima 4. Recibió en el pasado indemnización por ser víctima 5. Recibe pensión por orfandad 6. Recibió pensión por orfandad 7. Por minusvalía (atentado) 8. Por discapacidad (atentado) 9. Prestación por desempleo 10. Jubilación 11. Otros 12. Varios

<p>¿Anteriormente a su ocupación actual ha desempeñado alguna otra ocupación? ¿Cuál?</p>	<p><i>Especificar ocupaciones anteriores</i></p>
	<hr/>
	<hr/>
	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Codificar el tipo ocupaciones anteriores:</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. Obrero sin cualificar 1. Obrero cualificado 2. Agricultor/ganadero 3. Sector servicios 4. Personal de servicios administrativos 5. Empresario (más de 10 trabajadores) 6. Empresario (menos de 10 trabajadores) 7. Empresario por cuenta propia (autónomo) 8. Directivo/gerente (más de 10 trabajadores) 9. Directivo/gerente (menos de 10 trabajadores) 10. Profesional/técnico (licenciado) 11. Profesional/técnico (diplomado) 12. Profesional/técnico (módulo grado superior) 13. Profesional/técnico (módulo grado medio) 14. Amo/a de casa 15. Estudiante 16. Jubilado debido a la edad 17. Jubilado por enfermedad o minusvalía 18. Prejubilado 19. Parado 20. Militar 21. Guardia civil 22. Policía 23. Reserva activa 24. Varios de los anteriores

4. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL ATENTADO TERRORISTA Y CONSECUENCIAS (Incluir un cuadro con todos los datos que conocemos de su atentado)

A continuación, le voy a pedir que me cuente un poco como fue el atentado que sufrió y cómo se ha sentido desde que ocurrió. Yo tengo algunos datos, pero me gustaría conocer su versión. Puede que le resulte difícil hablar de esto. Si hay algo que pueda hacer para conseguir que nuestra conversación sea menos difícil para usted, por favor, dígamelo.

[illegible]

<p>⚡ De las lesiones físicas descritas inmediatamente después del atentado, ¿cuáles de ellas persisten en la actualidad?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lesiones persistentes</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Respiratorias 2. Neurológicas 3. Quemaduras 4. Traumatismos 5. Motrices (miembros superiores e inferiores) 6. Sensoriales (auditivos u ópticos) 7. Otros (especificar). 8. Varias
<p>* Si tiene secuelas físicas: ¿Recibió tratamiento médico para esas heridas o secuelas físicas en el pasado?</p> <p>¿Ha notado mejoría?</p> <p>En la actualidad, ¿continúa recibiendo tratamiento médico por este motivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento médico</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Sí • <i>Grado de mejoría (0 – 10) =</i> • <i>Tratamiento crónico</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Sí
<p>¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad importante (no vinculada al atentado)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Enfermedad</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Sí <p>Especificar: _____</p>
<p>* Si tiene enfermedades físicas: ¿Recibió tratamiento médico para esas heridas o secuelas físicas en el pasado?</p> <p>¿Ha notado mejoría?</p> <p>En la actualidad, ¿continúa recibiendo tratamiento médico por este motivo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento médico enfermedad</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Sí • <i>Grado de mejoría (0 – 10) =</i> • <i>Tratamiento crónico</i> <ol style="list-style-type: none"> 2. No 3. Sí
<p>¿Recibió algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico ANTES DEL ATENTADO?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento psicológico / psiquiátrico</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Psicológico 2. Psiquiátrico 3. Ambos

* Si recibió tratamiento psicológico, ¿de qué tipo?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento psicológico antes del atentado (Especificar)</i>
* Si recibió tratamiento psiquiátrico, ¿de qué tipo?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento psiquiátrico antes del atentado (Especificar medicación, dosis y tiempo)</i>
¿Recibió algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico TRAS EL ATENTADO?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento psicológico / psiquiátrico</i> 4. <i>Ninguno</i> 5. <i>Psicológico</i> 6. <i>Psiquiátrico</i> 7. <i>Ambos</i>
* Si recibió tratamiento psicológico, ¿de qué tipo?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento psicológico tras el atentado (Especificar)</i>
* Si recibió tratamiento psiquiátrico, ¿de qué tipo?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento psiquiátrico tras el atentado (Especificar medicación, dosis y tiempo)</i>
EN LA ACTUALIDAD, ¿está recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento psicológico / psiquiátrico actual</i> 0. <i>Ninguno</i> 1. <i>Psicológico</i> 2. <i>Psiquiátrico</i> 3. <i>Ambos</i>
* Si está recibiendo tratamiento psicológico, ¿de qué tipo?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento psicológico actual (Especificar)</i>
* Si está recibiendo tratamiento psiquiátrico, ¿de qué tipo?	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tratamiento psiquiátrico actual (Especificar medicación, tiempo y dosis)</i>

CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS ¿Cuánto [alcohol] ha estado bebiendo [durante el último mes]? (¿Cuántos vasos o copas de vino al día o a la semana? ¿Cuántas cañas o cuantas botellas/latas de cerveza al día o a la semana? ¿Cuántos combinados o licores al día o a la semana? ¿Qué tipo de combinados o licores?)	(Especificar)
* SI CONSUME O HA CONSUMIDO ALCOHOL: El consumo de alcohol ¿está relacionado con el atentado?	0. No 1. Sí
* SI CONSUME O HA CONSUMIDO ALCOHOL: ¿Ha cambiado la cantidad de alcohol que consume a raíz del atentado?	0. No 1. Ha aumentado 2. Ha disminuido 3. Inició el consumo a raíz del atentado 4. Dejó de consumir a raíz del atentado
¿Ha estado consumiendo tabaco [durante el último mes]?	0. No 1. Sí
* SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Qué cantidad? (número de cigarros al día?	(Especificar)
* SI CONSUME O HA CONSUMIDO ALCOHOL: El consumo de tabaco ¿está relacionado con el atentado?	0. No 1. Sí
* SI CONSUME O HA CONSUMIDO TABACO: ¿Ha cambiado la cantidad de tabaco que consume a raíz del atentado?	0. No 1. Ha aumentado 2. Ha disminuido 3. Inició el consumo a raíz del atentado 4. Dejó de consumir a raíz del atentado
¿Ha estado consumiendo algún otro tipo de droga [durante el último mes]?	0. No 1. Sí

<p>* SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Qué tipo de droga: marihuana, cocaína...? (Anote tipo de droga y frecuencia de uso)</p>	<p>(Especificar)</p>
<p>* SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: El consumo de drogas ¿Está relacionado con el atentado?</p>	<p>0. No 1. Sí</p>
<p>* SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cambió su consumo de drogas a raíz del atentado?</p>	<p>0. No 1. Ha aumentado 2. Ha disminuido 3. Inició el consumo a raíz del atentado Dejó de consumir a raíz del atentado</p>
<p>* SI CONSUME ALCOHOL O ALGÚN TIPO DE DROGA: ¿Ha tenido algún tipo de problema legal, laboral o social debido al consumo de [ALCOHOL O DE DROGAS]?</p>	<p>0. No 1. Sí (Especificar)</p>
<p>* SI CONSUME ALCOHOL O DROGAS: ¿Considera que tiene un problema de [ALCOHOL O DROGAS]?</p>	<p>0. No 1. Sí</p>
<p>⚡ Tras el atentado y como consecuencia del mismo, ¿tiene reconocido algún grado de discapacidad o minusvalía?</p> <p>* ⚡ Si contesta afirmativamente ¿De qué tipo es el grado de discapacidad o minusvalía que tiene?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Discapacidad/minusvalía</i> <p>0. No 1. Sí 2. NS/NC</p> • <i>Grado discapacidad/minusvalía</i> <p>0. Física 1. Física con movilidad reducida 2. Psíquica 3. Sensorial 4. Varias de ellas</p> <p>Porcentaje_____</p>

<p>⚡ Tras el atentado, ¿ha sido incapacitado por las lesiones sufridas como consecuencia del mismo?</p> <p>*⚡ Si contesta afirmativamente ¿Qué nivel de incapacidad tiene actualmente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Incapacidad</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Sí 2. NS/NC • <i>Grado incapacidad</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. Incapacidad Parcial 1. Incapacidad Total 2. Incapacidad Absoluta 3. Gran Invalidez 4. NS/NC
<p>⚡ A raíz del atentado sufrido, ¿algún familiar cercano ha desarrollado alguna enfermedad física o psicológica?</p> <p>*⚡ Si contesta afirmativamente ¿Qué familiar fue? ¿Podría especificar el tipo de enfermedad?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Secuelas familiares</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Sí 2. NS/NC • <i>Tipo de secuelas familiares</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Física (especificar enfermedad) 2. Psicológica 3. Ambos <p>Familiar: _____</p>
<p>Me imagino que lógicamente usted se habrá visto involucrado en alguno o varios de los procedimientos legales derivados del atentado: para el reconocimiento como víctima, juicios...</p> <p>Qué procedimiento legales: sin codificar pero anotar todo (tipo de procedimiento, acompañamiento a algún familiar, juicio propio...)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Consecuencias legales (confirmar)</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Sí 2. Hubo juicio pero no le avisaron 3. Hubo juicio pero no fue <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>*Si contesta afirmativamente ¿Cómo le ha afectado (o le está afectando) todo ese proceso legal?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>Interferencia consecuencias legales</i> <i>Grado de malestar e interferencia con su funcionamiento diario de 0 a 10 <u>en cada uno de los procesos</u></i> <i>Proceso 1</i> <i>Proceso 2</i> <i>Proceso 3</i> <i>Proceso ...</i>
<p>⚡ Antes del atentado, ¿cómo valoraba el apoyo que recibía a través de su entorno social? Esto es: familiares, amigos, etc. (codificar también de 0 a 10)</p> <p>⚡ Después del atentado, ¿cómo valora el apoyo recibido de sus familiares, amigos y demás personas de su entorno social? (codificar también de 0 a 10)</p> <p>¿Cómo valora el apoyo institucional recibido tras el atentado? (de 0 a 10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>Apoyo social previo al atentado</i> 0. Malo (0 – 3) 1. Regular (4 – 7) 2. Bueno (8 – 10) 3. NS/NC <i>Apoyo social después del atentado</i> 0. Malo (0 – 3) 1. Regular (4 – 7) 2. Bueno (8 – 10) 3. NS/NC <hr/>
<p>⚡ ¿Mantiene contacto en la actualidad con algún trabajador social relacionado con el colectivo de víctimas del terrorismo?</p> <p>*⚡ Si contesta afirmativamente ¿qué grado de satisfacción tiene con respecto a su intervención-atención recibida?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <i>Apoyo social profesional</i> 0. No 1. Sí 2. NS/NC <i>Grado de satisfacción apoyo social profesional</i> 0. Malo 1. Regular 2. Bueno 3. NS/NC

<p>II ¿Sabría responder a qué organismo pertenece?</p> <p>III ¿Conoce la existencia de los servicios a nivel asistencial de los que disponen las víctimas del terrorismo en las administraciones públicas (<i>Dirección General de Apoyo a las Víctimas del Terrorismo del Ministerio del Interior</i>) o en las organizaciones privadas (<i>asociaciones y fundaciones del colectivo de víctimas del terrorismo</i>)?</p> <p>IV Tiene inconveniente en decirme si es socio de alguna otra Asociación de víctimas del terrorismo (en caso de no inconveniente, indicar de cual)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Filiación apoyo social profesional</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ministerio del Interior 2. Asociaciones / Fundaciones 3. Oficina de Atención a Víctimas del Terrorismo de la Audiencia Nacional 4. Otros 5. NS/NC • <i>Conocimiento apoyo social profesional</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Sí 2. NS/NC • <i>Pertenencia a asociaciones</i> <ol style="list-style-type: none"> 0. No 1. Sí 2. NS/NC <p>Especificar asociaciones:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
--	---

III. CUESTIONARIOS

1. BDI-II-SF (BECK, STEER Y BROWN, 1996; VERSIÓN BREVE DE SANZ, GARCÍA-VERA, FORTÚN Y ESPINOSA, 2005)

Ahora, si le parece bien, me gustaría comenzar a realizarle una serie de preguntas acerca de cómo se ha encontrado en las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy. (Leer la pregunta y posibles opciones como si fuesen ejemplos. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considera como válida, marcar ambas y valorar la más alta).

(Ejemplo de cómo realizar las preguntas: “¿Se ha sentido usted triste últimamente? Diría que se siente triste habitualmente, más bien que se siente triste gran parte del tiempo, que se siente triste continuamente, o cree que su situación es tan desgraciada o que se siente tan triste que no puede soportarlo”)

[Debido a las restricciones de los derechos de autor del BDI-II, sólo se reproducen algunos ítems y afirmaciones del BDI-II-SF a modo de muestra. Para consultarlos íntegramente, véase Beck, Steer y Brown, 2011, y Sanz et al., 2005]

<p>1. ¿Se ha sentido usted triste? (Tristeza)</p> <p>0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. ¿Se ha sentido usted desanimado sobre su futuro? (Pesimismo)</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro 1 <i>(Suprimida para respetar los derechos de autor).</i> 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.</p>	<p>3. ¿Se ha sentido insatisfecho con usted mismo? (Insatisfacción con uno mismo)</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 <i>(Suprimida para respetar los derechos de autor).</i> 3. No me gusto.</p> <p>4. ¿Ha tenido pensamientos de suicidio? (Pensamientos o deseos de suicidio)</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 <i>(Suprimida para respetar los derechos de autor).</i> 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>
---	--

PUNTUACIÓN TOTAL DEL BDI-II SF: _____

OBSERVACIONES:

2. BAI-PC (BECK, STEER, BALL, CIERVO Y KABAT, 1997. ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE SANZ Y GARCÍA-VERA, 2012)

A continuación, le iré comentando una serie de síntomas, de los cuales me gustaría que me dijese si considera que no los ha experimentado en absoluto durante las dos últimas semanas, o si por el contrario si los ha experimentado ya sea de una forma leve, moderada o grave ¿de acuerdo?

(En este cuestionario seguramente nos contesten sí o no, así que en lugar de que digan sí, les preguntaremos ¿en qué medida considera que lo ha experimentado? ¿Leve (como algo que no le molestó mucho), moderada (como algo desagradable pero podía soportar) o grave (como algo que casi no podía soportar)?)

[Debido a las restricciones de los derechos de autor del BAI, sólo se reproducen algunos ítems del BAI-PC a modo de muestra. Para consultarlos íntegramente, véase Beck y Steer, 2011, y Sanz y García-Vera, 2012]

0: Nada en absoluto.

1: Levemente, no me molestó mucho.

2: Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo.

3: Gravemente, casi no podía soportarlo.

	Nada (0)	Levemente (1)	Moderadamente (2)	Gravemente (3)
1. Incapacidad para relajarme	0	1	2	3
2. Miedo a que suceda lo peor	0	1	2	3
7. Estar asustado	0	1	2	3

PUNTUACIÓN TOTAL DEL BAI-PC: _____

OBSERVACIONES:

3. PCL-S (WEATHERS, LITZ, HERMAN, HUSKA Y KEANE, 1993; ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE VÁZQUEZ, PÉREZ-SALES Y MATT, 2006)

Muy bien, ahora me gustaría que me dijese, de los siguientes síntomas o problemas que pueden presentar las personas ante situaciones estresantes, ¿cuáles considera que no ha presentado durante el último mes? ¿Y cuáles sí y en qué medida cree que ha sido? ¿Un poco? ¿Moderadamente? ¿Bastante? ¿Extremadamente?

1: Nada en absoluto.

2: Un poco.

3: Moderadamente.

4: Bastante.

5: Extremadamente.

	REACCIÓN:	Nada en absoluto (1)	Un poco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Extremadamente (5)
1.	¿Ha tenido <i>recuerdos, pensamientos o imágenes</i> dolorosos de esa experiencia?	1	2	3	4	5
2.	¿Ha tenido pesadillas repetidas de lo sucedido?	1	2	3	4	5
3.	¿ <i>Ha actuado o se ha sentido</i> repentinamente como si la experiencia pasada estuviese ocurriendo de nuevo?	1	2	3	4	5
4.	¿Se ha sentido muy mal cuando <i>algo le recordaba</i> los acontecimientos?	1	2	3	4	5
5.	¿Ha tenido <i>reacciones físicas</i> (por ejemplo, problemas para respirar, latidos fuertes del corazón, o sudor) cuando <i>algo le recordaba</i> lo sucedido?	1	2	3	4	5
6.	¿Ha evitado <i>pensar o hablar</i> del atentado o ha evitado <i>sentimientos</i> relacionados con lo sucedido?	1	2	3	4	5
7.	¿Ha evitado hacer ciertas <i>actividades</i> o estar en <i>situaciones</i> que <i>le recordasen</i> lo sucedido?	1	2	3	4	5
8.	¿Ha tenido problemas para <i>recordar partes importantes</i> de lo ocurrido?	1	2	3	4	5
9.	¿Ha perdido el <i>interés en las cosas con las que solía disfrutar</i> ?	1	2	3	4	5
10.	¿Se ha sentido <i>distante</i> o alejado de otra gente?	1	2	3	4	5

Anexo 1: Entrevista de cribado

	REACCIÓN:	Nada en absoluto (1)	Un poco (2)	Modera- damente (3)	Bastante (4)	Extrema- damente (5)
11.	¿Se ha sentido <i>emocionalmente bloqueado</i> o ha sido incapaz de tener sentimientos de amor hacia las personas cercanas a usted?	1	2	3	4	5
12.	¿Ha sentido como si su futuro estuviese de algún modo cortado o interrumpido?	1	2	3	4	5
13.	¿Ha tenido problemas para <i>quedarse dormido</i> o para <i>permanecer dormido</i> ?	1	2	3	4	5
14.	¿Se ha sentido <i>irritable</i> o ha tenido <i>arrebatos de ira</i> ?	1	2	3	4	5
15.	¿Ha tenido <i>dificultades para concentrarse</i> ?	1	2	3	4	5
16.	¿Se ha sentido <i>superalerta</i> o en un estado de permanecer en guardia?	1	2	3	4	5
17.	¿Se ha sentido inquieto o fácilmente <i>sobresaltable</i> ?	1	2	3	4	5

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA PLC-S: _____

OBSERVACIONES:

4. ESCALA DE INADAPTACIÓN (ECHEBURÚA, CORRAL Y FERNÁNDEZ-MONTALVO, 2000)

Ya estamos a punto de acabar la entrevista, lo está haciendo muy bien. Ya para terminar, me gustaría realizarle una serie de preguntas acerca de cómo se encuentra en los distintos ámbitos de su vida y en qué medida le ha afectado lo sucedido en los mismos.

		Nada (0)	Casi nada (1)	Poco (2)	Bastante (3)	Mucho (4)	Muchísimo (5)
1.	A causa de sus problemas actuales, su funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:	0	1	2	3	4	5
2.	A causa de sus problemas actuales, su vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectado:	0	1	2	3	4	5
3.	A causa de sus problemas actuales, sus actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, practica deportiva, etc.) se han visto afectadas:	0	1	2	3	4	5
4.	A causa de sus problemas actuales, su relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:	0	1	2	3	4	5
5.	A causa de sus problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:	0	1	2	3	4	5
6.	A causa de sus problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:	0	1	2	3	4	5

OBSERVACIONES:

Ahora nos gustaría preguntarle acerca de algunos eventos que pudieron haber sucedido a usted durante su curso de la vida.

(Iniciar cada pregunta diciendo: ¿A lo largo de su vida ha sufrido... (evento)?)

	<i>Evento</i>	<i>Tiempo en el que ocurrió</i>		
1	Sufrió un grave accidente o lesión	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
2	Fueron asaltados o agredidos físicamente	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
3	Accidente o lesión grave de un ser querido	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
4	Sufrió una enfermedad grave	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
5	Un ser querido sufrió una enfermedad grave	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
6	Ser testigo de cómo un familiar resultaba herido o asesinado	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad

		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
7	Ser testigo de cómo alguien (que no fuese un familiar) resultaba herido o asesinado	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
8	¿En algún momento ha sentido que usted o alguien cercano a usted haya estado viviendo una situación de amenaza?	Antes del atentado 0. No 1. Sí ¿Quién estuvo recibiendo la amenaza? 1. Él mismo 2. Cónyuge / pareja 3. Hijo 4. Padre 5. Madre 6. Hermano 7. Otro miembro de la familia 8. Compañero/ amigo ¿Qué tipo de amenaza recibió? 1. Recibió cartas 2. Amenazas verbales 3. Pintada en muro 4. Otras Grado de amenaza percibido (0-100) 	Año	¿Piensa que la amenaza estaba relacionada con su ocupación? 0. No 1. Sí ¿Cuál sería esa ocupación? 1. Guardia Civil 2. Policía 3. Militar 4. Político 5. Empresario 6. Otros

		<p>Después del atentado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>¿Quién ha estado recibiendo la amenaza?</p> <p>1. Él mismo</p> <p>2. Cónyuge / pareja</p> <p>3. Hijo</p> <p>4. Padre</p> <p>5. Madre</p> <p>6. Hermano</p> <p>7. Otro miembro de la familia</p> <p>8. Compañero/ amigo</p> <p>¿Qué tipo de amenaza recibió?</p> <p>1. Recibió cartas</p> <p>2. Amenazas verbales</p> <p>3. Pintada en muro</p> <p>4. Otras</p> <p>Grado de amenaza percibido (0-100)</p> <p>_____</p>	Año/Edad	<p>¿Piensa que la amenaza estaba relacionada con su ocupación?</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>¿Cuál sería esa ocupación?</p> <p>1. Guardia Civil</p> <p>2. Policía</p> <p>3. Militar</p> <p>4. Político</p> <p>5. Empresario</p> <p>6. Otros</p> <p>_____</p>
9	<p>Separación forzosa de su familia/hijos</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Antes del atentado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p>	Año	Edad
		<p>Después del atentado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p>	Año	Edad
10	<p>Haber tenido alguna experiencia de combate</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Antes del atentado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p>	Año	Edad
		<p>Después del atentado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p>	Año	Edad
11	<p>Divorcio</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Antes del atentado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p>	Año	Edad
		<p>Después del atentado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p>	Año	Edad
12	<p>Divorcio de sus padres</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Antes del atentado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p>	Año	Edad
		<p>Después del atentado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p>	Año	Edad

13	Dificultades financieras (es decir, no tiene suficiente dinero para comprar comida o pagar la vivienda) 	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
14	Pérdida de su trabajo 	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
15	Vivencia de un incendio, inundación, terremoto, o cualquier desastre natural ocurrido en su comunidad 	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
16	Sufrir una pérdida en un incendio, inundación, terremoto, o cualquier desastre natural ocurrido en su comunidad 	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
17	Vivencia de una tragedia o desastre causado por el hombre en tu comunidad (tiroteo, bombardeo, etc.)	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
18	Sufrir una pérdida en una tragedia o desastre causado por el hombre	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad

	en tu comunidad (tiroteo, bombardeo, etc.) <hr/> <hr/> <hr/>	Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
19	Vivir en una casa o vecindario peligroso <hr/> <hr/> <hr/>	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
20	Haber sido objeto de discriminación, a causa de su origen étnico, sus creencias religiosas o su orientación sexual <hr/> <hr/> <hr/>	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
21	Haber estado expuesto a químicos peligrosos o agentes biológicos <hr/> <hr/> <hr/>	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
22	Haber sufrido bullying en su infancia (acoso escolar) <hr/> <hr/> <hr/>	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
23	Haber estado desatendido por sus padres (durante su infancia) <hr/> <hr/> <hr/>	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
24	Haber sufrido agresiones físicas durante su infancia (haber sufrido	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad

	golpes lo suficientemente fuertes como para dejar un moratones o una marcas, haber recibido patadas, sufrido quemaduras, etc.) 	Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
25	Ser testigo de violencia entre sus padres cuando era pequeño 	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
26	Ser golpeado o empujado por su pareja/cónyuge 	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
27	Haber sido avergonzado o que le hayan dicho en varias ocasiones que "no es bueno" 	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
28	Alguien le ha tocado áreas privadas de su cuerpo/ o le han forzado a tocar las de otra persona mediante el uso de la fuerza o la amenaza 	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
		Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
29	Relaciones sexuales forzadas mediante el uso de la fuerza o la	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad

	amenaza _____ _____ _____	Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
30	Tener un embarazo no deseado _____ _____	Antes del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad
	Después del atentado 0. No 1. Sí	Año	Edad	
31	Pérdida de alguien cercano mediante suicidio _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Antes del atentado 0. No 1. Sí ¿A quién perdió? Cónyuge / pareja 1. Hijo 2. Padre 3. Madre 4. Hermano 5. Otro miembro de la familia 6. Compañero/ amigo	Año	Edad
	Después del atentado 0. No 1. Sí ¿A quién perdió? Cónyuge / pareja 1. Hijo 2. Padre 3. Madre 4. Hermano 5. Otro miembro de la familia 6. Compañero/ amigo	Año	Edad	
32	Pérdida de alguien cercano en un homicidio _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Antes del atentado 0. No 1. Sí ¿A quién perdió? Cónyuge / pareja 1. Hijo 2. Padre 3. Madre 4. Hermano 5. Otro miembro de la familia 6. Compañero/ amigo	Año	Edad

	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Después del atentado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>¿A quién perdió?</p> <p>Cónyuge / pareja</p> <p>1. Hijo</p> <p>2. Padre</p> <p>3. Madre</p> <p>4. Hermano</p> <p>5. Otro miembro de la familia</p> <p>6. Compañero/ amigo</p>	Año	Edad
33	¿Ha perdido a alguien por muerte repentina (ej. infarto)?	<p>Antes del atentado registrado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>¿A quién perdió?</p> <p>1. Cónyuge / pareja</p> <p>2. Hijo</p> <p>3. Padre</p> <p>4. Madre</p> <p>5. Hermano</p> <p>6. Otro miembro de la familia</p> <p>7. Compañero/ amigo</p>	Año	Edad
		<p>Después del atentado registrado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>¿A quién perdió?</p> <p>1. Cónyuge / pareja</p> <p>2. Hijo</p> <p>3. Padre</p> <p>4. Madre</p> <p>5. Hermano</p> <p>6. Otro miembro de la familia</p> <p>Compañero/ amigo</p>	Año	Edad
34	¿Ha perdido a alguien por una enfermedad crónica?	<p>Antes del atentado registrado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>¿A quién perdió?</p> <p>1. Cónyuge / pareja</p> <p>2. Hijo</p> <p>3. Padre</p> <p>4. Madre</p> <p>5. Hermano</p> <p>6. Otro miembro de la familia</p> <p>7. Compañero/ amigo</p>	Año	Edad

		<p>Después del atentado registrado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>¿A quién perdió?</p> <p>1. Cónyuge / pareja</p> <p>2. Hijo</p> <p>3. Padre</p> <p>4. Madre</p> <p>5. Hermano</p> <p>6. Otro miembro de la familia</p> <p>7. Compañero/ amigo</p>	Año	Edad
35	¿Convive o tiene mucha relación con alguien con una enfermedad crónica?	<p>Antes del atentado registrado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>¿Qué persona padece la enfermedad?</p> <p>1. Cónyuge / pareja</p> <p>2. Hijo</p> <p>3. Padre</p> <p>4. Madre</p> <p>5. Hermano</p> <p>6. Otro miembro de la familia</p> <p>7. Compañero/ amigo</p> <p>¿Convivía con él?</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p>	Año	Edad
		<p>Después del atentado registrado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>¿Qué persona padece la enfermedad?</p> <p>1. Cónyuge / pareja</p> <p>2. Hijo</p> <p>3. Padre</p> <p>4. Madre</p> <p>5. Hermano</p> <p>6. Otro miembro de la familia</p> <p>7. Compañero/ amigo</p> <p>¿Convive con él?</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p>	Año	Edad

36	¿Ha vivenciado otros atentados?	<p>Antes del atentado registrado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>_____</p> <p>¿Quién recibió atentado?</p> <p>8. Él mismo</p> <p>9. Cónyuge / pareja</p> <p>10. Hijo</p> <p>11. Padre</p> <p>12. Madre</p> <p>13. Hermano</p> <p>14. Otro miembro de la familia</p> <p>15. Compañero/ amigo</p> <p>Número de atentados:</p> <p>_____</p>	Año	Edad
	<p>Después del atentado registrado</p> <p>0. No</p> <p>1. Sí</p> <p>_____</p> <p>¿Quién recibió atentado?</p> <p>16. Él mismo</p> <p>17. Cónyuge / pareja</p> <p>18. Hijo</p> <p>19. Padre</p> <p>20. Madre</p> <p>21. Hermano</p> <p>22. Otro miembro de la familia</p> <p>23. Compañero/ amigo</p> <p>Número de atentados:</p> <p>_____</p>	Año	Edad	

¿Hay algún otro acontecimiento negativo que usted podría compartir con nosotros?

Antes de finalizar la entrevista, ¿hay algo que no hayamos hablado sobre su vida o sobre el atentado y cómo le ha afectado, que usted considere importante o que le gustaría comentarme?

Observaciones:

IV. Despedida

Muchas gracias por haber colaborado, espero que no se haya sentido incómodo/a con las preguntas que le he realizado. Soy consciente de que es un tema del que en ocasiones es difícil hablar, por eso le agradezco doblemente su colaboración. Es normal que durante los próximos días pueda sentirse más triste, ya que el hecho de haber estado hablando de ello, puede hacer que lo tenga más presente, que tenga recuerdos más a menudo y piense más en ello. Pero quiero que sepa que esto sería totalmente normal, y que en caso de que le pasase no sería un síntoma de que esté peor, sino que somos más conscientes de la tristeza que nos produce lo sucedido.

Vamos a valorar detenidamente sus contestaciones a las preguntas que le hemos hecho y en el caso de que considerásemos conveniente realizar una evaluación más en profundidad nos pondríamos en contacto con usted para realizar una entrevista en persona.

En el caso de que haya niños en la casa menores de edad, no realizaríamos la entrevista telefónica, no obstante si hay alguno en casa y consideran que está mal y quieren que sea evaluado realizaríamos directamente una entrevista personal.

Agradecerle de nuevo su participación y concluir la llamada. (Gracias por haberme atendido Señor / Señora _____ ha sido usted muy amable).

RESUMEN DE LO OBSERVADO EN EL CASO:

<i>Necesidad de ayuda (según cuestionarios)</i> 0. No 1. Sí	<i>Necesidad de ayuda (según juicio clínico)</i> 0. No 1. Sí
<i>Solicita ayuda</i> 0. No 1. Sí	<i>Hecha de forma presencial</i> 0. No 1. Sí

Anexo 2:
Consentimiento informado
(entrevista diagnóstica)



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO

DECLARACIÓN DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Por este documento consiento en participar voluntariamente en este estudio sobre seguimiento psicológico de las víctimas del terrorismo.

Entiendo que realizaré una entrevista y se me pedirá que complete varios cuestionarios con preguntas sobre mi salud física y mental, sobre mis pensamientos, comportamientos y sentimientos, y sobre el/los atentado/s terrorista/s que he sufrido y sobre otros acontecimientos que me hayan podido ocurrir. Entiendo que mis respuestas serán totalmente confidenciales, que puedo no contestar a cualquier pregunta que no quisiera responder, y que puedo negarme a completar cualquier cuestionario, entrevista o instrumento y dejar la investigación en cualquier momento sin ningún perjuicio en mi contra.

He sido avisado de que el entrevistador responderá a cualquiera de mis preguntas sobre los propósitos de este estudio, pero que ciertas preguntas que pueden afectar a los resultados del estudio no me serán respondidas hasta después de su finalización.

He sido informado y comprendo que el estudio no pretende recoger información sobre personas concretas, y que todos los datos serán codificados manteniendo mi anonimato. Consiento en que los resultados de este estudio puedan ser publicados en revistas o libros científicos o difundidos por otros medios a la comunidad científica. No obstante, entiendo que mi nombre nunca aparecerá en dichos medios, que los escritos sólo reflejarán los resultados grupales y que la identidad de los participantes será protegida.

He sido informado de que cualquier cuestión que me preocupara acerca de cualquier aspecto de este estudio puedo plantearla directamente a la Dra. María Paz García Vera, Profesora Titular del Dpto. de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid y Directora de este estudio (teléfono: 913942614; e-mail: mpgvera@psi.ucm.es).

He leído y entiendo las explicaciones mencionadas arriba y consiento en participar en este estudio.

Fecha: _____

Firma del participante:

Fdo.: _____

Declaración del Investigador

El/la abajo firmante, investigador/a del estudio "Seguimiento psicológico de las víctimas del terrorismo", ha presentado esta información al participante, le ha preguntado sobre cualquier cuestión que le hubiera surgido al respecto, ha contestado a sus preguntas a su mejor entender y ha obtenido su consentimiento.

Firma del/a investigador/a:

Fdo.: _____

Anexo 3:

Entrevista semiestructurada:

Visión general del atentado

(entrevista diagnóstica)

ENTREVISTA CLÍNICA SEMIESTRUCTURADA¹

Visión General del Atentado

CÓDIGO DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL CLÍNICO: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

Basada en el Módulo de Visión General de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-I-VC; M. B. First, R. L. Spitzer, M. Gibbon y J. B. W. Williams. 1999) y en la Entrevista sobre el Trauma de E. B. Foa, E. A. Hembree y B. O. Rothbaum (2007). Modificados por Jesús Sanz y María Paz García Vera, Universidad Complutense de Madrid.

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	
¿Cuál es su fecha de nacimiento?	Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
¿Está casado? SI CONTESTA NEGATIVAMENTE: ¿Lo ha estado alguna vez?	Estado civil actual: 1. Casado/a 2. Viudo/a 3. Divorciado/a o matrimonio anulado 4. Separado/a 5. Soltero/a 6. Conviviendo con pareja estable 7. <u>Notas:</u>
¿Tiene hijos? SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuántos?	Hijos 0. No 1. Sí <u>Notas:</u>
¿Dónde vive? ¿Con quién vive?	Entorno social próximo <u>Notas:</u> 1. Vive solo 2. Con sus padres 3. Hermanos 4. Pareja 5. Hijos 6. Varios de los anteriores (señalarlos) 7. Amigos u otras personas (especificar)
HISTORIA ACADÉMICA	
¿Cuáles son los estudios de más alto nivel que ha cursado y finalizado?	Nivel de estudios: 0. Ninguno 1. Primarios/ EGB/ Primaria obligatoria (básica, bachillerato elemental y reválida de 4º) 2. Secundaria/ ESO/ BUP/ Bachillerato superior y reválida de 6º 3. Bachillerato actual/ COU/ Preuniversitario (Preu) 4. Formación profesional grado medio 5. Formación profesional grado superior 6. Diplomatura universitaria 7. Licenciatura universitaria / Grado universitario (Bolonia) 8. Máster universitario/ Posgrado universitario (Bolonia) 9. Doctorado

<p>SI NO HA PODIDO ACABAR UN CURSO EN QUE SE HABÍA MATRICULADO: ¿Por qué no lo terminó?</p>	<p><u>Notas:</u></p>
<p>HISTORIA OCUPACIONAL</p>	
<p>¿Trabaja en la actualidad?</p>	<p><i>Estado laboral actual</i> 0. No 1. Sí</p>
<p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE (trabaja): ¿En qué trabaja o a qué se dedica?</p>	<p><i>Ocupación actual</i></p> <p><u>Notas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Codificar el tipo ocupación actual: <ol style="list-style-type: none"> 0. Obrero sin cualificar 1. Obrero cualificado 2. Agricultor/ganadero 3. Sector servicios 4. Personal de servicios administrativos 5. Empresario (más de 10 trabajadores) 6. Empresario (menos de 10 trabajadores) 7. Empresario por cuenta propia (autónomo) 8. Directivo/gerente (más de 10 trabajadores) 9. Directivo/gerente (menos de 10 trabajadores) 10. Profesional/técnico (licenciado) 11. Profesional/técnico (diplomado) 12. Profesional/técnico (módulo grado superior) 13. Profesional/técnico (módulo grado medio) 14. Amo/a de casa 15. Estudiante 16. Jubilado debido a la edad 17. Jubilado por enfermedad o minusvalía 18. Prejubilado 19. Parado 20. Militar 21. Guardia civil 22. Policía 23. Reserva activa 24. Varias de las anteriores

<p>¿Cuánto tiempo lleva desempeñando este oficio/tarea?</p> <p>SI MENOS DE 6 MESES:</p> <p>¿Por qué dejó su último trabajo?</p> <p>¿Siempre ha realizado el mismo trabajo?</p>	<p><u>Notas:</u> año/s</p> <p><u>Notas:</u></p> <p>0. No 1. Sí</p>
<p>SI CONTESTA NEGATIVAMENTE (no trabaja):</p> <p>¿Por qué motivo?</p> <p>¿Qué otros trabajos ha desempeñado?</p>	<p><i>Desocupación actual</i></p> <p><u>Notas:</u></p> <p><u>Notas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Codificar el tipo ocupación anterior: <ol style="list-style-type: none"> 0. Obrero sin cualificar 1. Obrero cualificado 2. Agricultor/ganadero 3. Sector servicios 4. Personal de servicios administrativos 5. Empresario (más de 10 trabajadores) 6. Empresario (menos de 10 trabajadores) 7. Empresario por cuenta propia (autónomo) 8. Directivo/gerente (más de 10 trabajadores) 9. Directivo/gerente (menos de 10 trabajadores) 10. Profesional/técnico (licenciado) 11. Profesional/técnico (diplomado) 12. Profesional/técnico (módulo grado superior) 13. Profesional/técnico (módulo grado medio) 14. Amo/a de casa 15. Estudiante 16. Jubilado debido a la edad 17. Jubilado por enfermedad o minusvalía 18. Prejubilado 19. Parado 20. Militar 21. Guardia civil 22. Policía 23. Reserva activa 24. Varias de las anteriores

<p>¿Cómo se mantiene económicamente ahora?</p>	<p><u>Notas:</u></p>
<p>EN CASO DESCONOCIDO:</p> <p>¿Ha habido alguna época en que se haya sentido incapaz de trabajar, asistir a clase o realizar sus tareas cotidianas?</p> <p>¿En qué época?</p> <p>¿La incapacidad para trabajar, asistir a clase o realizar sus tareas cotidianas estaba relacionada con el atentado?</p> <p>¿Cuál era el motivo de la incapacidad?</p>	<p><i>Incapacidad para trabajar/estudiar</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>1. Incapacidad relacionada con motivos físicos 2. Incapacidad relacionada con motivos psicológicos 3. Incapacidad relacionada con ambos</p>
<p align="center">INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL ATENTADO Y SUS CONSECUENCIAS</p>	
<p>A continuación voy a hacerle algunas preguntas sobre el atentado terrorista (o atentados) que vivió y cómo se ha sentido y se ha comportado últimamente o desde el momento en que ocurrió el atentado. Puede que le resulte difícil hablar de algunas de las cosas sobre las que le voy a preguntar. Si hay algo que pueda hacer para conseguir que nuestra conversación sea menos difícil para usted, por favor, dígamelo. ¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar?</p>	<p>Descripción del atentado terrorista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha atentado: • Grupo terrorista: • Lugar: • Tipo de atentado terrorista: <ol style="list-style-type: none"> 1. Coche bomba 2. Explosión casa cuartel 3. Tiroteo 4. Otro tipo de explosión 5. Secuestro 6. Varios atentados 7. Atentado masivo (Hipercor, 11-M)

<p>¿Recibió tratamiento médico para las lesiones físicas?</p> <p>¿Está todavía recibiendo tratamiento médico por esas secuelas físicas?</p>	<p><i>Tratamiento de las lesiones físicas</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><i>Tratamiento actual de las secuelas físicas</i></p> <p>0. No 1. Sí</p>
<p>¿Se ha visto involucrado en algún procedimiento legal derivado del atentado?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE</p> <p>¿Cuál es su situación legal ahora?</p> <p>¿Cómo le ha afectado (o le está afectando) todo ese proceso legal?</p>	<p><i>Consecuencias legales del atentado</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre a quién o quiénes ha considerado usted culpables del atentado y de su situación. Quiero que sepa que no hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas y que no creo que sea necesario que usted culpabilice a nadie. Le pregunto esto porque con frecuencia es muy útil en nuestro trabajo con las víctimas comprender cómo entienden el atentado y lo que les ha pasado y cómo han respondido a todo ello.</p> <p>¿Quién cree usted que es el culpable del atentado y de lo que le ha pasado?</p>	<p><i>Atribución del atentado</i></p> <p>1. Grupo terrorista 2. Autoridades políticas 3. Gestión del cuerpo al que pertenece 4. La sociedad 5. Sistema sanitario 6. Otros</p> <p><u>Notas:</u></p>

¿Por qué o cómo son culpables?	
¿Se ha sentido alguna vez culpable, enfadado o avergonzado por el atentado o por su respuesta a él?	<i>Emociones negativas vinculadas al atentado</i> 1. culpable 2. avergonzado 3. enfadado <u>Notas:</u>
¿Por qué?	
¿En la actualidad presenta alguno de estos sentimientos relacionados con el atentado?	<i>Emociones negativas vinculadas al atentado hoy</i> 1. tristeza 2. impotencia 3. frustración 4. deseos de venganza 5. miedo 6. culpa <u>Notas:</u>
¿Por qué?	
VALORACIÓN DE PROBLEMAS ACTUALES (relacionados o no con el atentado)	
Muy bien, ahora me gustaría poder hablar con usted sobre su estado psicológico actual. ¿Diría usted que en el último mes ha tenido algún tipo de problema o de circunstancia que le genere dificultades o que le haga sentirse mal? SI MENCIONA VARIOS PROBLEMAS ¿Cuál es el problema principal, el que le causa más dificultades o le hace sentirse peor? Cuénteme más sobre eso. ¿Qué quiere decir con?	<i>Lista de problemas actuales y Problema más grave</i> 0. No 1. Sí <u>Descripción del problema:</u>

¿Y diría usted que este problema está relacionado con el atentado y con lo que le pasó entonces? ¿De qué manera?	<p>Relación con el atentado del problema más grave</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>¿Cuándo empezó?</p> <p>¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de que algo iba mal?</p> <p>SI RESULTA DIFÍCIL DE SITUAR:</p> <p>¿Cuándo se sintió bien (como de costumbre) por última vez?</p>	<p>Inicio del problema más grave</p> <p><u>Tiempo:</u> año/s</p> <p><u>Tiempo:</u> año/s</p>
¿Es algo nuevo o la repetición de algo que ya había experimentado anteriormente?	<p>Cronicidad del problema más grave (recidivas)</p> <p>0. Problema nuevo 1. Existen recidivas</p>
<p>¿Qué ocurrió o cambió justo antes de que todo esto empezara?</p> <p>SI RESULTA DIFÍCIL DE SITUAR:</p> <p>¿Qué otro tipo de problemas tenía cuando esto empezó?</p>	<p>Precipitantes</p> <p><u>Notas:</u></p> <p>Codificar precipitantes</p> <p>1. Atentado 2. Problemas laborales 3. Problemas económicos 4. Fallecimiento de alguien cercano 5. Accidentes o catástrofes naturales 6. Enfermedad 7. Problemas de pareja 8. Problemas con otros familiares 9. Problemas con amigos 10. Otros 11. Varios de los anteriores</p>
<p>EN CASO DE QUE EL PROBLEMA NO ESTÉ RELACIONADO CON EL ATENTADO:</p> <p>Desde que esto empezó, ¿Cuándo se ha sentido peor?</p>	<p>Curso del problema no relacionado con el atentado</p> <p>0. En ningún momento 1. Los primeros días desde que empezó 2. Los primeros meses desde que empezó 3. Los primeros años desde que empezó 4. En los últimos días 5. En los últimos meses 6. En los últimos años 7. Durante el tiempo sin tratamiento 8. Sin cambios desde que comenzó 9. Fluctuante 10. Otro período temporal no especificado</p>

<p>ENCASO DE QUE EL PROBLEMA ESTÉ RELACIONADO CON EL ATENTADO:</p> <p>Después del atentado: ¿Cuándo se ha sentido peor?</p>	<p><i>Curso del problema no relacionado con el atentado</i></p> <p>0. En ningún momento 1. Años después del atentado 2. En la actualidad 3. Durante el tiempo sin tratamiento 4. Sin cambios desde el atentado 5. Fluctuante 6. El día del atentado 7. Los primeros días tras el atentado 8. Los primeros años tras el atentado 9. Los primeros meses tras el atentado 10. En los aniversarios</p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>HISTORIA DE TRATAMIENTOS PREVIOS</p>	
<p>¿Ha recibido ayuda profesional por problemas emocionales o psicológicos relacionados con el atentado?</p> <p>¿Ha recibido ayuda psicológica? ¿Qué tipo de ayuda psicológica?</p> <p>¿Ha recibido ayuda psicofarmacológica?</p> <p>¿Qué tipo de ayuda psicofarmacológica?</p> <p>¿Ha recibido otro tipo de ayuda? (p. ej., ayuda espiritual, algún tipo de medicina alternativa, herbolarios, trabajadores sociales, etc.)</p>	<p><i>Tratamientos relacionados con atentado</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p> <p>0. No 1. Sí. Especificar:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>0. No 1. Sí</p> <p>1: Ansiolíticos 2: Antidepresivos 3: Antipsicóticos 4: Estabilizadores del humor 5: Otros psicofármacos 6: Varios de los anteriores</p> <p>0. No 1. Sí. Especificar:</p> <hr/> <hr/>

<p>¿Ha recibido ayuda profesional por problemas emocionales o psicológicos por otros motivos?</p> <p>¿Ha recibido ayuda psicológica? ¿Qué tipo de ayuda psicológica?</p> <p>¿Ha recibido ayuda psicofarmacológica?</p> <p>¿Qué tipo de ayuda psicofarmacológica?</p> <p>¿Ha recibido otro tipo de ayuda? (p. ej., ayuda espiritual, algún tipo de medicina alternativa, herbolarios, trabajadores sociales, etc.)</p>	<p>Tratamientos NO relacionados con atentado</p> <p>0. No 1. Sí <u>Notas:</u></p> <p>0. No 1. Sí. Especificar: _____</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>1: Ansiolíticos 2: Antidepresivos 3: Antipsicóticos 4: Estabilizadores del humor 5: Otros psicofármacos 6: Varios de los anteriores</p> <p>0. No 1. Sí. Especificar: _____</p>
<p>¿Ha recibido ayuda profesional por problemas emocionales o psicológicos en general?</p> <p>¿Ha recibido ayuda psicológica? ¿Qué tipo de ayuda psicológica?</p> <p>¿Ha recibido ayuda psicofarmacológica?</p> <p>¿Qué tipo de ayuda psicofarmacológica?</p>	<p>Tratamientos recibidos en el pasado (en general)</p> <p>0. No 1. Sí <u>Notas:</u></p> <p>0. No 1. Sí. Especificar: _____</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>1: Ansiolíticos 2: Antidepresivos 3: Antipsicóticos 4: Estabilizadores del humor 5: Otros psicofármacos 6: Varios de los anteriores</p>

<p>¿Ha recibido otro tipo de ayuda? (p. ej., ayuda espiritual, algún tipo de medicina alternativa, herbolarios, trabajadores sociales, etc.)</p>	<p>0. No 1. Sí. Especificar: _____</p>
<p>Actualmente ¿Está recibiendo ayuda profesional por problemas emocionales o psicológicos?</p> <p>Actualmente ¿está recibiendo ayuda psicológica? ¿Qué tipo de ayuda?</p> <p>Actualmente ¿está recibiendo ayuda psicofarmacológica?</p> <p>¿Qué tipo de ayuda psicofarmacológica?</p> <p>Actualmente ¿está recibiendo otro tipo de ayuda?</p>	<p>Tratamientos actuales</p> <p>0. No 1. Sí <u>Notas:</u></p> <p>0. No 1. Sí. Especificar: _____</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>1: Ansiolíticos 2: Antidepresivos 3: Antipsicóticos 4: Estabilizadores del humor 5: Otros psicofármacos 6: Varios de los anteriores</p> <p>0. No 1. Sí. Especificar: _____</p>
<p>¿Ha recibido algún tipo de tratamiento por problemas relacionados con el alcohol o las drogas?</p>	<p>Tratamiento de dependencia a sustancias</p> <p>0. No 1. Sí <u>Notas:</u></p>
<p>¿Alguna vez ha tenido que ingresar en un centro psiquiátrico?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Cuál fue el motivo?</p> <p>¿Cuántas veces?</p>	<p>Ingreso psiquiátrico</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><i>Motivo:</i></p> <p><i>Número de ingresos:</i></p>

IDEACIÓN AUTOLÍTICA	
En el pasado ¿ha tenido alguna vez pensamientos de suicidio, o de que la vida no merecía la pena?	<i>Ideación autolítica en el pasado</i> 0. No 1. Sí <u>Notas:</u>
SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Con qué frecuencia?	<i>Frecuencia ideación autolítica en el pasado</i> 1: Continuamente 2: Con frecuencia 3: Ocasionalmente 4: Rara vez <u>Notas:</u>
¿Pensó algún plan para quitarte la vida?	<i>Ideación autolítica en el pasado: planificación</i> 0. No 1. Sí <u>Notas:</u>
¿Realizó en el pasado algún intento de suicidio?	<i>Ideación autolítica en el pasado: intento</i> 0. No 1. Sí <u>Notas:</u>
¿Estos pensamientos se dieron a raíz del atentado?	<i>Ideación autolítica en el pasado: relación atentado</i> 0. No 1. Sí <u>Notas:</u>
En la actualidad ¿ha tenido alguna vez pensamientos de suicidio, o de que la vida no merecía la pena?	<i>Ideación autolítica en el presente</i> 0. No 1. Sí <u>Notas:</u>
SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Con qué frecuencia?	<i>Frecuencia ideación autolítica en el presente</i> 1: Continuamente 2: Con frecuencia 3: Ocasionalmente 4: Rara vez <u>Notas:</u>
¿Ha pensado algún plan para quitarte la vida?	<i>Ideación autolítica en el presente: planificación</i> 0. No 1. Sí <u>Notas:</u>

<p>¿Ha habido en la actualidad algún intento de suicidio?</p>	<p><i>Ideación autolítica en el presente: intento</i> 0. No 1. Sí <u>Notas:</u></p>
<p>Últimamente ¿se ha hecho a sí mismo daño deliberadamente de alguna manera? (Por ejemplo, algunas personas algunas veces se hacen cortes o quemaduras a propósito o actúan de una manera potencialmente peligrosa para ellas)</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE: ¿Qué hizo para hacerse daño a sí mismo?</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que lo hizo?</p>	<p><i>Conductas autolesivas en el presente</i> 0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p> <p><u>Tiempo (meses):</u></p>
<p>ESTADO GENERAL DE SALUD</p>	
<p>¿En la actualidad presenta algún problema médico?</p>	<p><i>Problema médico actual</i> 0. No 1. Sí <u>Notas:</u></p>
<p>El problema médico ¿Está relacionado con el atentado?</p>	<p><i>Problema médico actual: relación atentado</i> 0. No 1. Sí <u>Notas:</u></p>
<p>¿Toma algún tipo de medicación o vitaminas en la actualidad?</p> <p>SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE ¿Qué tipo de medicación, en qué cantidad y con qué frecuencia?</p>	<p><i>Medicación/vitaminas actual</i> 0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>

CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS	
¿Cuánto [alcohol] ha estado bebiendo [durante el último mes]? (¿Cuántos vasos o copas de vino al día o a la semana? ¿Cuántas cañas o cuantas botellas/latas de cerveza al día o a la semana? ¿Cuántos combinados o licores al día o a la semana? ¿Qué tipo de combinados o licores?)	<p><i>Cantidad de alcohol en el último mes</i></p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>SI CONSUME O HA CONSUMIDO ALCOHOL:</p> <p>¿Ha cambiado la cantidad de alcohol que consume o la manera en que lo hace a raíz del atentado y de todo lo que le pasó entonces?</p> <p>¿Cómo ha cambiado?</p>	<p><i>Consumo de alcohol: relación con atentado</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>1. Empezó a beber 2. Aumentó el consumo 3. Disminuyó el consumo</p>
¿Ha sentido alguna vez que deba beber menos?	<p><i>Consumo de alcohol: percepción subjetiva</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>
¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?	<p><i>Consumo de alcohol: críticas</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	<p><i>Consumo de alcohol: culpa</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>
¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?	<p><i>Consumo de alcohol: abstinencia</i></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>

<p>¿Consume tabaco en la actualidad?</p> <p>¿Cuántos cigarrillos al día?</p> <p>¿Cambió su consumo de tabaco tras el atentado?</p>	<p>Consumo de tabaco</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>Número cigarrillos/día: _____</p> <p>0. No cambió 1. Empezó a fumar 2. Aumentó el consumo de tabaco 3. Disminuyó el consumo de tabaco</p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>¿Ha estado consumiendo alguna droga [durante el último mes]?</p> <p>SI CONSUME O HA CONSUMIDO ALGUNA DROGA:</p> <p>¿Qué tipo de droga: marihuana, cocaína...? (Anote tipo de droga y frecuencia de uso)</p>	<p>Consumo de drogas último mes</p> <p>2. No 3. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>SI CONSUME DROGAS:</p> <p>¿Ha cambiado la cantidad de drogas que consume o la manera en que lo hace a raíz del atentado y de todo lo que le pasó entonces? ¿Cómo ha cambiado?</p>	<p>Consumo de drogas: relación con atentado</p> <p>0. No 1. Sí 2. 1. Empezó a beber 2. Aumentó el consumo 3. Disminuyó el consumo</p>
<p>SI CONSUME ALCOHOL O ALGÚN TIPO DE DROGA:</p> <p>¿Ha tenido algún tipo de problema legal, laboral o social debido al consumo de [ALCOHOL O DE DROGAS]?</p>	<p>Consumo de alcohol y otras drogas: interferencia objetiva</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>
<p>¿Considera que tiene un problema de [ALCOHOL O DROGAS]?</p>	<p>Consumo de alcohol y otras drogas: interferencia subjetiva</p> <p>0. No 1. Sí</p> <p><u>Notas:</u></p>

FUNCIONAMIENTO GENERAL	
¿Realiza Actividades en su tiempo libre?	Actividades 0. No 1. Sí <u>Notas:</u>
¿Realiza actividades físicas?	Actividades físicas 0. No 1. Sí
¿Con quién pasa su tiempo libre? (¿Se ha puesto en contacto últimamente con sus familiares o amigos? ¿Con qué frecuencia les ve?) Cuando tiene problemas ¿se los cuenta a alguien? ¿A quién?	Entorno más próximo 1. Familia 2. Amigos 3. Compañeros de trabajo/ estudios 4. Varios de los anteriores <u>Notas:</u> 0. A nadie 1. Familia 2. Amigos 3. Compañeros de trabajo/ estudios 4. Varios de los anteriores <u>Notas:</u>

OBSERVACIONES

Despedida (al finalizar toda la evaluación)

Muchas gracias por haber colaborado. Espero que no se haya sentido incómodo/a con las preguntas que le he realizado. Soy consciente de que es un tema del que en ocasiones es difícil hablar, por eso le agradezco doblemente su colaboración. Es normal que durante los próximos días pueda sentirse más triste, ya que el hecho de haber estado hablando de ello puede hacer que lo tenga más presente, que tenga recuerdos más a menudo y piense más en ello. Pero quiero que sepa que esto sería totalmente normal y que en caso de que le pasase no sería un síntoma de que está peor, sino que simplemente de una mayor conciencia de las propias emociones.

Vamos a valorar detenidamente las contestaciones a las preguntas que le hemos hecho. En cuanto podamos nos pondremos en contacto con usted, para explicarle lo que hayamos visto y en el caso de que considerásemos conveniente realizar un tratamiento, ofrecerle el más adecuado.

Muchas gracias por haber hecho este gran esfuerzo y haber sido tan amable
Señor/Señora _____